

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON EL MÉTODO ACTIVO -
DEMOSTRATIVO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN DOCENTES
DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA SANTA ROSA**

PUNO, 2016

TESIS

PRESENTADA POR:

JUDHITSA ESTHER APAZA MELO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON EL MÉTODO ACTIVO - DEMOSTRATIVO
SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN DOCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SECUNDARIA SANTA ROSA PUNO, 2016

TESIS PRESENTADA POR:

JUDHITSA ESTHER APAZA MELO

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 28-11-2017

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

PRESIDENTE

:
Dra. HAYDEE CELIA PINEDA CHAIÑA

PRIMER MIEMBRO

:
Mg. LUZ MARINA CABALLERO APAZA

SEGUNDO MIEMBRO

:
M. Sc. ELSA GABRIELA MAQUERA BERNEDO

DIRECTOR / ASESOR

:
Dr. JUAN MOISÉS SUCAPUCA ARAUJO

PUNO – PERÚ

2017

Línea : Salud familiar y comunitaria.
Área : Salud Comunitaria
Tema : Primeros auxilios

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida por siempre cuidarme y guiar mi camino que estuvo colmado de muchos éxitos pero también fracasos de los que supe salir adelante gracias a su ayuda.

A mis queridos padres Nolberto Ninfo y Estela Angélica quienes dieron y dan todo por formarme como persona y profesional, por dedicarme su tiempo y darme momentos inolvidables que siempre estarán en mi mente y mi corazón.

A mis hermanos Christian, Jhoel, Kevin, Melany, Frida y mi sobrinita Adriana que son un apoyo en mi vida; y por los cuales aprendí a ser mejor persona, mejor hermana y mejor hija

A esas personas especiales que con su incondicional cariño y apoyo me han mostrado que la sencillez de la vida, conlleva de manera ideal hacia el fin último de todo ser humano, el ser feliz.

Judhitsa Esther

AGRADECIMIENTO

- *A Dios Padre, por haberme permitido terminar mis estudios de manera exitosa y haberme protegido y guiado durante este caminar.*
- *A mi Alma Mater UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO, y a la Facultad de Enfermería por darme la oportunidad de formarme profesionalmente, impartirme conocimientos necesarios para desempeñarme como futuro profesional de Enfermería.*
- *A los miembros del jurado revisor: Dra. Haydee Celia Pineda Chaiña, Mg. Luz Marina Caballero Apaza, M.Sc. Elsa Gabriela Maquera Bernedo, por su orientación, sugerencias, aportes, disponibilidad que permitieron la culminación del presente trabajo de investigación.*
- *A mi director de investigación: Dr. Juan Moisés Sucapuca Araujo, por su orientación y ayuda incondicional durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.*
- *Al director de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno y toda la plana de docentes que participaron en el presente estudio, por haberme brindado la confianza y las facilidades durante la ejecución de la presente investigación.*

Judhitsa Esther

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I	10
INTRODUCCIÓN	10
1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN:.....	10
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:	13
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO	16
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:	17
1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	17
CAPÍTULO II	19
REVISIÓN DE LITERATURA.....	19
2.1. MARCO TEÓRICO.....	19
2.2. MARCO CONCEPTUAL:.....	54
2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:	55
CAPÍTULO III.....	56
MATERIALES Y MÉTODOS	56
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:.....	56
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN:	57
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	61
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	66
CAPÍTULO IV.....	68
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	68
5.1. RESULTADOS	68
5.2. DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS	84

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 01: EFECTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON EL MÉTODO ACTIVO-DEMOSTRATIVO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN DOCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA SANTA ROSA PUNO, 2016.....	68
CUADRO N° 02: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN DOCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA SANTA ROSA PUNO, 2016	69
CUADRO N° 03: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN DOCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA SANTA ROSA PUNO, 2016	70

ACRÓNIMOS

- A.B.C.** : Abrir vía aérea, Buscar la respiración, Circulación sanguínea
- EpS** : Educación para la Salud
- ERC** : Europea Resuscitation Council
- M.E.S.** : Mirar, Escuchar, Sentir
- MINEDU** : Ministerio de Educación
- OMS** : Organización Mundial de la Salud
- ONU** : Organización de Naciones Unidas
- OPS** : Organización Panamericana de la Salud
- P.A.S.** : Proteger, Alertar, Socorrer
- PCR** : Paro Cardio Respiratorio
- PLS** : Posición Lateral de Seguridad
- RCP** : Reanimación Cardio Pulmonar
- SVB** : Soporte Vital Básico
- UNESCO** : United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de determinar el efecto de la intervención educativa con el método activo-demostrativo sobre primeros auxilios en docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno, 2016. El estudio fue, de tipo pre-experimental sin grupo control, con diseño pre y post test. La población estuvo constituida por 58 docentes y la muestra fue seleccionada por muestreo probabilístico con un total de 34 docentes. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta, el instrumento fue el cuestionario de elaboración propia con aplicación pre y post test. Para la validación del instrumento, este fue sometido a evaluación de juicio de expertos y a la prueba de alfa de Cronbach con un valor de 0.722. El análisis de datos se realizó de forma porcentual y el contraste de la hipótesis con la prueba Z calculada. Los resultados del estudio demostraron que antes de la intervención educativa el 97.1% de docentes tienen conocimientos deficientes y un 2.9% conocimientos regulares y después de la intervención educativa, se obtuvo que el 17.6% de docentes presentan conocimientos regulares y el 82.4% conocimientos buenos. Por tanto la intervención educativa con el método activo demostrativo es efectiva para mejorar los conocimientos sobre primeros auxilios en los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa, desde un nivel deficiente a bueno. Entonces se confirma la hipótesis planteada, corroborada con el análisis estadístico al obtener, $Z_c=58.35$ es mayor a $Z_t=1.645$, donde se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

PALABRA CLAVE: Intervención educativa, método activo-demostrativo, conocimiento, primeros auxilios, docentes

ABSTRACT

The research was carried out with the objective of determining the effect of the educational intervention with the active-demonstrative method for first aid at the Santa Rosa Puno Secondary Educational Institution, 2016. The study was, of pre-experimental type, without control of the group, with pre and posttest design. The population was constituted by 58 teachers and the sample was selected by probabilistic sampling with a total of 34 teachers. For data collection the survey technique was used, the instrument was the problem of the own elaboration with previous and subsequent application to the test. For validation of the instrument, this was an evaluation of an expert judgment and a Cronbach literacy test with 0.722. The data analysis was performed in percentage and the contrast of the hypothesis with the calculated Z test. The results of the study showed that before the educational intervention 97.1% of the skills had a poor knowledge and 2.9% of the regular knowledge and after the educational intervention, 15.6% of the knowledge had regular knowledge and 82.4% of good knowledge. Therefore, the educational intervention with the active demonstrative method is effective to improve the knowledge on first aid in the teachers of the Santa Rosa Secondary Educational Institution, from a deficient to good level. Then, the hypothesis is confirmed, corroborated with the statistical analysis to obtain, $Z_c = 58.35$ is greater than $Z_t = 1.645$, where the null hypothesis is rejected and accepts the alternative hypothesis.

KEYWORD: Educational intervention, active-demonstrative method, knowledge, first aid, teachers

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN:

Las lesiones por accidentes ocurren en cualquier momento estos constituyen a nivel mundial una de las primeras causas de muerte, es por ello, que existe la importancia y necesidad de contar con los conocimientos previos y óptimos en la asistencia de accidentados. De allí la trascendencia de los primeros auxilios; definiéndose esta “como la atención correcta e inmediata que se debe prestar a toda persona que ha sufrido un accidente, hasta que pueda recibir atención médica directa y adecuada”¹.

La necesidad de crear un primer eslabón, que actué en el tiempo comprendido entre la ocurrencia del hecho y el traslado a un centro asistencial; momento en que es vital la capacitación y el entrenamiento de primeros auxilios en la población². Según la Organización de Naciones Unidas (ONU) describe: “Un informe del 2009 por la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja afirma que la mayoría de los Europeos carece de una formación en primeros auxilios, a pesar de que estos conocimientos son cruciales para salvar vidas tras un accidente sin embargo en Noruega, Alemania y Austria más del 95% de sus poblaciones están capacitadas para tales eventos, en otros países, apenas el 5% lo está”³.

En el Perú (2003), las estadísticas muestran que 14,200 niños menores de 12 años, sufrieron traumatismos no intencionados. Alrededor de un 65.8% (9, 350 casos) de todos los accidentes por traumatismo no intencionado ocurren en niños de 5 a 8 años⁴.

En un centro educativo los escolares constituyen un porcentaje considerable de la población peruana que por sus características están expuestos a problemas de salud reales o potenciales como: caídas, choques y colisiones, cortes, daños musculares, quemaduras,

pinchazos, heridas, hemorragias, atragantamientos o asfixias, intoxicaciones y electrocuciones^{5,6}. Y por ende conllevan un coste muy elevado en el consumo de servicios sanitarios e incluso secuelas, pero muy pocos recursos se destinan a su prevención⁷. De tal manera que el desconocimiento de los docentes en materia de primeros auxilios, puede generar cierto grado de ansiedad, alarma y falta de seguridad sobre qué es lo más adecuado hacer en una urgencia, ya que el personal sanitario calificado difícilmente se encuentra cerca del centro educativo en el momento que sucedió el accidente⁸. Por ende la responsabilidad profesional añadida, explica la demanda que en el sector de educación el docente, requiere capacitación sobre primeros auxilios⁹.

El aprendizaje del adulto se facilita con la utilización de técnicas y métodos fundada en la experiencia, involucrando activamente al estudiante en su aprendizaje como el método activo, y cuando se trata de técnicas o pasos el conocimiento se afianza más con una demostración, no entra en juego la inteligencia sino el automatismo y la infraestructura nerviosa como hace el método demostrativo.

Por lo que se consideró importante la intervención que según Touriñán (1996) y Alcalá (2000) “es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando, mediante procesos de autoeducación y hetero educación, aplicando principios y estrategias adecuadas”¹⁰; previa valoración del conocimiento del docente, ya que la enseñanza dirigida a este grupo es factible por su experiencia vivida que podría ser la clave en el incremento de conocimiento sobre qué hacer y no hacer en una emergencia dentro de la comunidad escolar¹¹.

Existen estudios realizados, donde el aumento del conocimiento sobre primeros auxilios posterior a una intervención educativa se incrementaba favorablemente tal es el caso de un estudio realizado en España en la escuela de Córdoba donde se encontró un aumento de los conocimientos tras la intervención educativa. Antes de la intervención educativa es inferior, con una cifra de 38.57% y asciende después de la intervención al 76.19%¹².

En Ecuador en un estudio realizado en la ciudad de Latacunga en la Universidad Técnica de Cotopaxi se demostró que el 17% de los docentes poseían conocimientos sobre de primeros auxilios, y el 83% desconocían temas de primeros auxilios⁶. En otro estudio ejecutado por la Universidad de Cuenca arrojó como resultado que el 77% de los docentes

afirmaban conocer cómo actuar en una situación de crisis suscitada con alguno o alguna de sus estudiantes, mientras que el 23% indicaron no conocer cómo actuar¹³.

En Venezuela en una investigación realizada en la Unidad Educativa Distrital Anzoátegui, San José Del Ávila se pudo determinar que el 100% de los docentes no poseen conocimientos básicos sobre primeros auxilios a los alumnos con problemáticas de salud¹⁴.

En Argentina un estudio realizado por la Universidad Nacional de Cuyo determino que el 70% de los docentes no brindan la primera atención a los niños que sufren un accidente en la escuela, el 22% de los docentes si brindan la primera atención y el 8% no sabe ni opina¹⁵.

En el Perú en un estudio realizado por la Universidad Mayor de San Marcos, se determinó que el programa educativo fue efectivo en el incremento de conocimientos sobre primeros auxilios en los docentes de niños especiales¹⁶. Y la Universidad Ricardo Palma, resalto que el grupo experimental aumento considerablemente a diferencia del grupo control¹⁷.

El interés del estudio surgió al presentarse en la Institución Educativa en el 2015, 24 casos por intoxicaciones, 32 por heridas, 8 por lipotimias, 13 por epistaxis, 45 por cólicos menstruales, 1 por fractura, 17 por quemaduras, según coordinación de auxiliares; y al observar que existen condiciones de riesgo como peldaños de escalera cortos, pisos lisos, mobiliario escolar antiguo (carpetas) acopiadas en zonas inadecuadas, ausencia de barandales en algunas zonas de altura, la ausencia de un tópico, conocimientos insuficientes para enfrentar una situación de urgencia, al interactuar con los docentes manifestaron lo siguiente: “los estudiantes son muy activos, practican deportes, les gusta estar apoyados a los balcones del segundo y tercer piso, tenemos que estar vigilando”, “una vez, un estudiante se atoró en la hora del recreo... me asusté no sabía qué hacer”, “varias veces se han tropezado cuando corren o juegan, no hay quien los pare”, “nunca había visto como era una convulsión y en ese momento solo grite por ayuda” etc. Las situaciones descritas son motivos suficientes para interesarme por el tema de investigación.

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

1.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Palavecino (2005). Realizo estudios en el Hospital Clínico de Niños del Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Roberto Del Río en Chile con el objetivo de caracterizar las consultas por accidentes escolares realizadas en el Servicio de Urgencia del Hospital, estudio de diseño descriptivo donde se analizó mediante una base de datos referente a accidentes escolares registrados en dicho hospital. Se obtuvo una muestra de 12562 pacientes caracterizados según edad, sexo, comunidad, tipo de lesión costos y previsión de salud. El mes que presentó un menor número de accidentes fue Diciembre con 454 eventos (3,6%) y el que presenta la más alta frecuencia fue el mes de Noviembre con 1531 consultas (12,19%). En cuanto al sexo, la distribución anual es homogénea, sin embargo se observa una mayor proporción en los hombres. El diagnóstico más frecuente correspondió a lesiones de muñeca y mano (19%). El costo anual fue cercano a 300 millones de pesos, existiendo una proporción directa entre éste y el número de atenciones mensuales. Como conclusión se cree necesaria una mayor inversión en prevención, capacitación del personal educacional y estudiantes para prevenir situación de riesgo y contribuir de esta forma con una mejor organización del sistema de salud en el país de Chile¹⁸.

Alba (2015) El objetivo del trabajo fue valorar el incremento en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en el profesorado, posterior a una intervención educativa. Realizo un estudio cuasi experimental sin aleatorización. La muestra fue de 15 docentes, la técnica que se utilizó fue la Encuesta y su instrumento el cuestionario de pre y post test. El resultado demostró que la media de respuestas acertadas obtenidas antes de la intervención educativa es del 61.4% en categoría deficiente, y asciende después de la intervención al 76.2% a la categoría bueno, lo cual confirma que hubo cambio en el nivel de información adquirida¹².

Guamán y Rodríguez (2011) El objetivo fue proporcionar una base de conocimientos que permita a docentes establecer criterios y prácticas de trabajo en el laboratorio. Se realizó un estudio descriptivo. La técnica que se utilizó fue la encuesta (cuestionario), y la observación (lista de cotejo). Se trabajó con una muestra 25 docentes.

El resultado indico que el 28% han tenido una capacitación en primeros auxilios; mientras que el 72% expresaron que no han tenido ninguna capacitación sobre primeros auxilios.

Fajardo (2009). El objetivo fue establecer un programa de salud mediante una enseñanza participativa, pedagógica y lúdica implementando módulos educativos enfocándose en la prevención y manejo de emergencias en el nivel escolar, se presentó una población de 120 estudiantes entre las edades de 15 a 18 años distribuyéndose por edades. La investigación fue de tipo cuasi experimental, sobre el impacto de un programa de salud en un colegio mediante un proceso educativo con un enfoque biopsicosocial sobre los hábitos saludables en niñas estudiantes. Los resultados de los talleres se evidenció un aumento de los conocimientos en emergencia impartidos por el personal de enfermería a la población estudiantil, en el tema de hemorragias, el 75% demostró conocimientos en cuanto a su gravedad y lo que se debe hacer para detenerlas; en el tema de fracturas, el 90% de la población identificó que son, como se reconocen y que se debe hacer en caso de presentarse una; y el 85% de la población en temas de atención y prevención de emergencias¹⁹.

Tenorio (2009). El objetivo es evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre primeros auxilios, en una población escolarizada. Se realizó un estudio cuasi experimental. La población fue extraída de dos instituciones educativas seleccionando 72 estudiantes voluntarios de los grados de 9° y 10° en ambos colegios. La técnica que se utilizo fue la encuesta y el cuestionario de pre y post test además de realizar intervenciones periódicas recibiendo una capacitación diseñada por los autores²⁰.

1.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES:

Ríos (2011) El estudio tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa educativo en los conocimientos de docentes de niños especiales, sobre primeros auxilios en el Centro de Educación Básica Especial “Reverenda Madre Mariana Carrigan”. El tipo de estudio fue cuasi experimental. La muestra es de 20 docentes, se utilizó como técnica la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Los resultados muestran que antes de la aplicación del programa educativo, solo el 70% tenían conocimientos sobre convulsiones; y en promedio el 18% manifestaron conocer sobre heridas, asfixia, hemorragia quemaduras y fracturas, observándose que después de la ejecución del programa educativo los docentes evidenciaron conocimientos en un 100%

sobre heridas, fracturas y convulsiones; y en promedio 90% sobre quemaduras, hemorragias y asfixia. La gran mayoría de los docentes de niños especiales (95,8%) incrementaron sus conocimientos sobre Primeros Auxilios luego de participar en el programa educativo por lo que podemos deducir que este fue efectivo¹⁶.

Checa I. (2014) El objetivo fue aumentar el conocimiento en primeros auxilios de los docentes de la Institución Educativa de Jaén. Se realizó un estudio cuasi-experimental, sin aleatorización, en el que solo hubo un grupo experimental el cual consto de 15 docentes. La información se recopiló mediante un cuestionario pre-test y post-test. Los resultados obtenidos concluyeron que la media de aciertos obtenidos antes de la intervención educativa fue de 61.43%, que asciende después de la intervención a 76,19%, en la categoría de bueno. Hubo un notable aumento del conocimiento.

Damas y Valerio (2014) El objetivo fue determinar la efectividad de una intervención educativa en el conocimiento y práctica sobre primeros auxilios en estudiantes de 4to secundaria de la I.E Felipe Santiago Estenos. El tipo de estudio cuantitativo de diseño cuasi experimental (grupo control y experimental) cuya población fueron los estudiantes de 4to de secundaria, se trabajó con una muestra de 30 estudiantes del turno mañana, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario y lista de cotejo en el pre-test y post-test, el resultado muestra que los estudiantes del grupo control antes de la intervención educativa sobre primeros auxilios alcanzaron una mediana de 9,0 y después de la intervención 15,0 y los estudiantes del grupo experimental antes de la intervención educativa sobre primeros auxilios alcanzaron una mediana de 12,0 y después de la intervención 18,0¹⁷.

Guerra (2011). El objetivo fue determinar la eficacia de un taller educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en accidentes escolares en los docentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen San Juan de Lurigancho, siendo un estudio de tipo pre-experimental. La población estuvo conformada por 21 docentes. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta y el instrumento el cuestionario de pre y post test. El resultado que obtuvieron fue que más del 60% de los docentes poseen un nivel de conocimiento entre regular y bajo antes de la aplicación del taller educativo luego se identifica que el 90 % de la población incrementa los conocimientos entre regular y alto después de participar en el taller educativo²¹.

Cabezas (1991). El objetivo fue determinar los efectos de un programa de capacitación en primeros auxilios realizados por el profesional de enfermería dirigido a docentes de educación secundaria del CEP Daniel A. Carrión de la provincia de Chíncha. El tipo de estudio fue pre experimental con muestreo no probabilístico. Se trabajó con 20 docentes. La información se recopiló mediante un cuestionario de pre y post test. Los resultados se incrementaron en un 41,6% en relación con los temas que al principio eran poco conocidos; el 76,4% de los participantes reconocen las emergencias que se presentan dentro de la institución²².

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es efectiva la intervención educativa con el método activo-demostrativo sobre primeros auxilios en el conocimiento de los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno en el año 2016?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO

El propósito de conocer sobre Primeros Auxilios es tener conocimiento básico que permita, en la medida posible, estabilizar al paciente, aliviar el dolor y ansiedad hasta que pueda ser atendido por personal más capacitado.

La importancia del estudio radica en realizar intervenciones con el método activo-demostrativo, ya que este va estimular a que los estudiantes colaboren entre sí intercambiando sus ideas, sugerencias, participando activamente en la construcción de su conocimiento y a la creación de nuevas habilidades y destrezas.

La utilidad del estudio es que mediante las intervenciones educativas que el profesional de enfermería realice sobre los primeros auxilios, el docente tendrá la capacidad y habilidad para brindar las acciones inmediatas ante alguna urgencia que presente el estudiante, mientras llega el personal capacitado o es llevado algún establecimiento de salud. Por lo cual redundará en menor costo monetario en la rehabilitación del accidentado y en la prevención de secuelas en el estudiante.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.5.1. OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el efecto de la intervención educativa con el método activo-demostrativo sobre primeros auxilios en docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno, 2016.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de conocimientos de los docentes de la Institución Educativa Santa Rosa, sobre primeros auxilios, antes de la intervención educativa.
- Identificar el nivel de conocimientos de los docentes de la Institución Educativa Santa Rosa, sobre primeros auxilios después, de la intervención educativa.

1.6. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en la ciudad de Puno, que se encuentra ubicada en la meseta del Collao, a una altitud de 3820 m.s.n.m., a orillas del Lago Titicaca, cuya superficie es de 505 km², con una presión atmosférica de 41.1 milibares (mbs), humedad relativa 49% y temperatura promedio de 7°C. Cuenta con tres zonas limitadas: urbana, peri-urbana y rural.

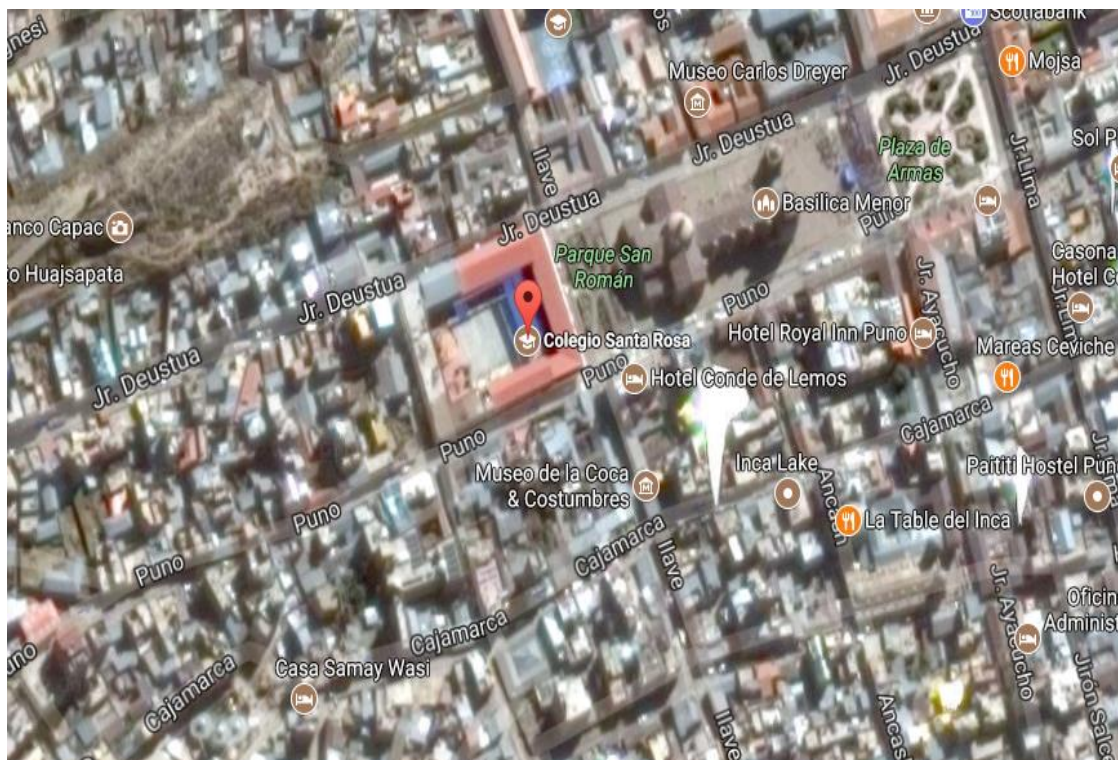
La Institución Educativa Secundaria Pública “Santa Rosa” de Puno se creó el 10 de marzo de 1928 por gestión de la madre Ascensión Nicol Goñi, fundadora y coordinadora general de la Congregación de las Hermanas Misioneras Dominicanas del Rosario, hoy beatificada. Es de nivel secundario de carácter estatal, se encuentra ubicado en el barrio Orkapata, en el área urbana de la ciudad de Puno. Está situada en el Jr. Deustua n° 715, en la zona céntrica de nuestra ciudad.

El colegio cuenta actualmente con 1107 estudiantes divididos en 34 secciones del primero al quinto grado, donde un total de 58 profesores; educan a este segmento del futuro profesional de la región y se complementan con el trabajo de 17 administrativos y 6 auxiliares de educación. Cuenta con infraestructura propia, 4 aulas de innovación pedagógica y una biblioteca.

- **Características de la población de estudio:**

Los docentes que asisten a la Institución Educativa Santa Rosa, en su mayoría son procedentes de la zona urbana, la plana docente se compone de varones y con mayor predominancia mujeres, sus edades oscilan entre 25 a 50 años, tienen como actividad principal la docencia, una proporción menor realiza otras actividades complementarias. Laboran 35 horas semanales, son empleados del estado, perciben una remuneración por la labor desempeñada; el 80% aproximado son de condición nombrado y el 100% son titulados.

➤ **CROQUIS DE LA UBICACIÓN DE LA I. E. S. SANTA ROSA**



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO:

2.1.1. EFECTIVIDAD EDUCATIVA:

La efectividad es la capacidad de lograr un efecto deseado o anhelado. La efectividad es aquella aptitud del ser humano que le permite llegar a sus objetivos. Cuando se traza una meta, un objetivo, con las herramientas y capacidades posibles, busca la forma de obtener su resultado. Cuando lo logra, sin importar los recursos es eficaz en su tarea. Considerando que la efectividad, es el resultado del proceso de experimentación y de acciones orientadas mediante técnicas educativas para transferir conocimientos, de manera eficiente para mejorar el desarrollo de las habilidades cognitivas y sociales²⁴.

La efectividad educativa tiene como base el método que se utiliza según los objetivos de aprendizaje, esto permite integrar los aspectos cognitivos (conocimiento), afectivos (actitudes, valores) y psicomotoras (habilidades de comportamientos) que se quieren conseguir a través de la educación; por lo tanto las sesiones educativas, facilitan los cambios de conceptos comportamientos, actitudes, reforzando conductas positivas²⁵. La efectividad de la intervención educativa, hace referencia al impacto que se alcanza a causa de una acción llevada a cabo en condiciones habituales. Se refiere a la posibilidad de que un individuo o colectivo se beneficie de un procedimiento de enfermería, encaminadas a conseguir un objetivo previsto²⁶

2.1.2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

La Educación para la Salud (EpS), es un proceso de desarrollo del fenómeno de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas

destinadas a mejorar la salud. La EpS incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo. La educación para la salud designa “las ocasiones de aprendizaje deliberadamente puestas en marcha para facilitar los cambios de comportamiento en vista de alcanzar un objetivo determinado con anticipación”. Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su edad²⁷.

2.1.2.1. Metodología de la Educación para la Salud:

Para aplicar la EpS, es necesario aplicar una metodología adecuada que incorporen métodos de aprendizaje activos, que vayan dirigidos hacia las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas, que refuercen los valores individuales y las normas grupales, que promueven el desarrollo de habilidades sociales fundamentalmente. En este sentido decía la OMS: si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una personalidad en su aprendizaje y este no estará centrado en el saber, sino también en el hacer. La EpS, se realiza en la educación formal a través de la incorporación en el currículo educativa de contenidos de promoción de la salud, asimismo en la educación no formal desarrollando sesiones de aprendizaje en organizaciones de base, comunidades, grupos, etc²⁷.

2.1.3. INTERVENCIÓN EDUCATIVA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La intervención se refiere a la acción de interferir o involucrarse en un asunto particular, con la finalidad de ayudar a mejorar las condiciones de las personas, con la intención de modificar el conocimiento de una población en una dirección dada²⁸. Una intervención educativa es un proceso, un plan que se lleva a cabo siguiendo una serie de pasos o fases con un específico, el mejorar o crear un programa o proyecto de salud para la sociedad o comunidad y que esta tenga una mejor calidad de vida²⁹. Es una estrategia puesta en acción cuyo proceso-objetivo intenta mejorar o cambiar en un contexto sociocultural determinado, bajo expresiones singulares de la voluntad y el deseo del sujeto y de las intenciones que inciden multifactorialmente³⁰.

Para planificar adecuadamente una intervención educativa son muchos los aspectos que deben tomarse en cuenta, por ejemplo: el tiempo y el facilitador que conduce la intervención educativa que debe tener gran habilidad para realizar con rapidez la labor educativa concentrándose en los aspectos específicos de cada intervención³¹.

La intervención de enfermería en la educación para la salud ejerce una importante contribución a los conocimientos, actitudes y comportamientos de la población. La influencia formal directa la constituyen los contactos terapéuticos del profesional con individuos o grupos. La influencia formal indirecta es la Educación para la Salud realizada por métodos indirectos, a través de medios de difusión de masas, practica dialogada y participativa que tiene como objetivo la transformación de la realidad de salud de los sujetos y grupos sociales asistidos³². La intervención tiene como objetivo, lograr que los participantes obtengan habilidades actitudes y experiencias articuladas e integradas a las participantes en función a sus necesidades y en consecuencia útil para la salud, a través de un proceso de experimentación y operación de una propuesta curricular o de una metodología sistematizada y de acciones orientadas, utilizando técnicas y métodos que se hacen uso en el sistema informal²⁴.

2.1.4. MÉTODOS EDUCATIVOS

El aprendizaje del adulto se facilita con la utilización de técnicas fundadas en la experiencia, involucrando activamente al estudiante. Donde se capta la idea en un 40% escuchando, un 60% si se escucha y se ve, y un 90% si se escucha, se ve y se hace⁶⁸ Es decir favorecer y estimular el aprendizaje significativo, entendido este como la interiorización de la experiencia vivida, que provoca en los estudiantes un cambio ligado en tres tipos de conocimientos:

- El saber (conocimiento)
- El saber hacer (habilidad)
- El saber ser (actitud)

A) MÉTODO ACTIVO:

El método activo es aquel proceso que parte de la idea central que para tener un aprendizaje significativo, el participante debe ser el protagonista de su propio aprendizaje y el profesor, un facilitador de este proceso. Los principales efectos de su aplicación son

una mayor predisposición a la resolución de problemas una mejor capacidad de transferencia y una mayor motivación intrínseca.

Esta se caracteriza por utilizar como fuente de aprendizaje, la experiencia del sujeto. El alumnado obtiene la información de manera activa y constructiva. Existen dos modalidades o variantes de este método según el enfoque docente y el tipo de asignatura

La metodología activa adule a todas aquellas formas particulares de conducir las clases que tienen por objetivo involucrar a los participantes en su propio proceso de aprendizaje, entendiendo este como un proceso personal de construcción de las propias estructuras de pensamiento por asimilación de los nuevos conocimientos a las estructuras de pensamiento previas o por acomodación de las mismas.

Cuando el desarrollo de una sesión se basa en la participación activa del educando, se utiliza, el método activo. En este caso el método recurso de incentivación y activación para el alumno, dado que mediante preguntas se le invita a participar física y mentalmente en el proceso enseñanza – aprendizaje, de manera que realice un auténtico aprender. En este método, el profesor se transforma en orientador, en incentivador y no en un transmisor de conocimiento como en el método pasivo³³.

Esta metodología consiste en una ‘transacción’ entre docente y alumnado mediante el debate o diálogo para profundizar en un tema. Pueden darse metodologías interactivas más ‘mecánicas’ dónde el docente pregunta y el alumnado responde y pueden darse interacción más ‘abierta’ donde el docente estimula la participación y debate del estudiantado. Este método, según Hernández, P. (1997) es la más flexible, enriquecedora y económica de todas las metodologías.

Para conseguir una interacción positiva se requieren ciertos criterios de calidad. Por ejemplo generar un clima de distensión para participar, mantener un tono de respeto y valoración del docente al alumnado y viceversa, utilizar el debate y el trabajo en pequeños grupos, organizar la información, porque en la participación y debate se produce mucha cantidad de información que requiere ser sistematizada posteriormente, elaborar preguntas para estimular el pensamiento en el alumnado.

También en este método el alumnado tiene un papel más activo que el docente, pero acentúa más la posibilidad elaborativa del estudiante. Es un tipo de método que potencia

el pensamiento productivo, puede ayudar al alumnado a conocer y practicar técnicas de investigación en la realidad, fomenta mayor posibilidad de trasladar lo aprendido a situaciones diversas, etc.

Los procedimientos más usuales son: el estudio de casos concretos (estudio de un territorio, análisis de una obra de arte, etc.), las prácticas abiertas en la realidad (estancia en centros educativos o en empresas), la expresión creativa (elaboración de cuentos, pinturas, esculturas, etc.), los trabajos de elaboración o investigación (uso de materiales nuevos en la construcción o la dieta de las personas mayores en canarias o en un municipio concreto).

Para tener éxito es necesario garantizar que el alumnado ‘busque la información y la elabore (solicitando ejercicios de relacionar o comparar modelos, eventos, obras, etc.), ofrecer posibilidades de éxito al alumnado en la realización de la tarea con éxito (estableciendo procesos de tutorías, ofreciendo retroalimentación de sus resultados parciales en clase, dándoles guías o modelos a seguir o por el que conducirse, etc.), utilizar varios vehículos para transmitir los contenidos, plantear distintas experiencias para generar mayor comprensión por parte del alumnado.

a. Técnicas de facilitación:

➤ **Lluvia de ideas (forma oral)**

Objetivo: Recolección de información.

Materiales: Papel tamaño pliego o pizarra y marcadores.

Número de participantes: 10 a 70 personas.

Tiempo de duración: 10 a 30 minutos.

Descripción: La técnica se desarrolla de la siguiente manera:

- Se debe definir el problema o tema a tratar.
- El facilitador elabora (con anterioridad) las interrogantes, que los participantes contesten y lanza la interrogante de manera clara y precisa a todos los presentes, anotando en un papelógrafo las respuestas que salen de la audiencia. En caso que haya dos opiniones similares o parecidas se debe marcar con un signo (/, *, etc.), cada vez que aparezca una respuesta similar.

- Finalmente se hace un recuento de las personas similares frente a las que son diferentes. Posteriormente se priorizan los problemas y se induce a una reflexión con ayuda de las respuestas anotadas.

Conclusión: Es una técnica que nos permite tener algunos datos, opiniones o alguna información de manera rápida, particularmente cuando se trabaja con grupos grandes y gente analfabeta.

Se puede utilizar esta técnica, en diferentes etapas durante la realización de un evento de capacitación, que puede ser: durante el análisis, para la definición de algunas decisiones, durante la evaluación, etc³⁴.

➤ **Infografía (dibujos generadores de reflexión)**

Objetivo: Informar o explicar de una manera fácil temas complejos, esta se logra mediante la interpretación de la forma gráfica que pueda incluirse en la elaboración de la misma

Materiales: Dibujos grandes (tamaño pliego) o medianos (tamaño oficio), según el tema.

Número de participantes: 10 a 30 personas

Tiempo necesario: 30 minutos a 1 hora.

Descripción: la técnica consiste en utilizar una serie de dibujos según el tema a desarrollar, los cuales se deben exponer a la vista de los participantes y seguidamente se deben plantear algunas interrogantes que permitan que los mismos analicen, reflexionen y saquen sus propias conclusiones. Por ejemplo, las preguntas que se pueden plantear son las siguientes:

- ¿Qué expresa o significa el dibujo?
- ¿Cómo se relaciona con la realidad?
- ¿Qué nos enseña el dibujo y porque?

Las repuestas, opiniones y comentarios que expresen los participantes, a través de lluvia de ideas o a través de grupos de trabajo (según la instrucción del facilitador), serán anotados en un papelógrafo para realizar posteriormente una aclaración o reforzamiento de la reflexión³⁵.

➤ **Estudio de casos**

Objetivo: Promover el análisis de los participantes sobre el caso expuesto, para que puedan solucionar y comprender lo que se les expuso.

Tiempo de duración: 1 hora aproximadamente.

Número de participantes: 10 a 30 personas

Materiales: Pizarra, marcadores, enunciados que contienen el caso.

Descripción: el estudio de casos desempeña un papel muy importante en el área de investigación, pues a través de ello el participante obtiene mayor conocimiento sobre los fenómenos actuales relevantes. Los participantes harán uso de todas las herramientas y contenidos brindados por el facilitador, siempre y cuando estas sean útiles para la resolución y comprensión del caso.

Al finalizar realizar preguntas concretas:

- ¿Cuál es la opinión que le merece el caso?
- ¿Qué impacto tendría?
- ¿Consideraciones generales?

Recomendaciones: Es muy importante que en la elaboración de casos, el docente utilice información muy semejante a la realidad. El estudio de casos será de gran utilidad únicamente si estas son relevantes para los alumnos, por tal motivo es necesario verificar el contexto de los participantes. Es pertinente que la discusión del caso sea moderada por el facilitador para poder llegar a una respuesta global³⁵.

➤ **Cuartetos en rotación**

Objetivos: Propiciar el intercambio de ideas y opiniones para dar solución a un problema y tomar una decisión de manera grupal.

Tiempo de duración: 1 hora aproximadamente.

Número de participantes: 20 a 30 personas.

Materiales: El tema seleccionado, materiales didácticos, marcadores, escritorios.

Descripción:

- Se nombre a un presidente y un moderador.
- Se reúnen los miembros del grupo junto con el facilitador para indicarles el tema a tratar para que lo desarrollen.
- Al cabo de un tiempo prudencial, los grupos se disgregaran para luego conformar nuevos grupos al rotar y de esa manera exponer el tema dado a los miembros de otros grupos y sucesivamente³⁵.

b. Dinámicas educativas**➤ Mar adentro – mar afuera:****Objetivos:**

- Ilustrar las características de la competencia (ganar - perder)
- Experimentar la competencia de ganar perder.

Tiempo de duración: 5 minutos.**Material:** Tiza

Desarrollo: El facilitador solicita a los participantes que se pongan de pie y formen una fila (o círculo). Se marca en el suelo una línea que represente la orilla del mar y los participantes se ponen detrás de la línea. El facilitador indica a los participantes que cuando de la voz de “mar adentro”, todos dan un salto hacia delante de la raya. Lo anterior debe hacerse en forma rápida y los que se equivoquen saldrán del juego. El ejercicio termina cuando se tiene un ganador. El facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida³⁶.

➤ El alambre pelado:**Objetivos:** Animación, concentración**Tiempo de duración:** 5 minutos.**Consignas de partida:** Se le pide a un compañero que salga de la zona de juego.

Desarrollo: El resto de jugadores forma un círculo de pie y se agarran del brazo. Se les explica que el círculo es un circuito eléctrico, dentro del cual hay un cable pelado, y se le pedirá al compañero que está fuera que lo destruya tocando las cabezas de los que están en el círculo. Se ponen todos de acuerdo en que cuando toquen la cabeza del sexto compañero (que es el que representa el alambre pelado), todos al mismo tiempo y con toda la fuerza posible pegaran un grito. Se llama al compañero que estaba fuera, se le explica solo lo referente al circuito eléctrico y se pide que se concentre para que descubra el cable pelado. Pierde el juego el que no dice bum o el que se equivoca con el número siguiente. Los que pierdan van saliendo del juego y se vuelve a iniciar la numeración en uno³⁶.

➤ La telaraña**Objetivo:** Lograr la integración de los compañeros a través de la presentación.**Material:** Lana

Desarrollo: Los participantes se colocan de pie formando un círculo y se le entrega a uno de ellos la lana, el cual tiene que decir su nombre, procedencia, trabajo que desempeña, expectativas del curso, lo que le gusta más en la vida, etc. Después este toma la punta del cordel y lanza la bola a otro compañero, así en forma sucesivamente hasta terminar, quedando finalmente la forma de una telaraña. Al final, quien se quedó con la bola debe de regresar al que se la envió, repitiendo los datos dados por su compañero, este a su vez hace lo mismo de tal forma que la bola va recorriendo la misma trayectoria pero en sentido inverso, hasta que regrese al compañero que inicialmente la lanzo³⁶.

B) MÉTODO DEMOSTRATIVO:

En este método el docente permanece más pasivo y el alumnado tiene un papel más activo en el aprendizaje, aunque se centra mucho en la reproducción del contenido. Algunas actividades que el docente realiza en este método son: presentar modelos o criterios para que el alumnado aplique y practique, sobre la base de lo planteado.

Este método es útil para el desarrollo y consolidación de procedimientos estandarizados. Las clases suelen ser sistemas de entrenamiento y práctica ‘cerrada’ o ‘convergente’, que tienen un modelo fijo o establecido. Por ejemplo, aprender a realizar comentarios de texto, a hacer una aspirina, a elaborar un plano, etc.

Por tanto para este método tenga éxito es necesario considerar algunos criterios como la planificación de las secuencias a impartir, ofrecer las directrices a trabajar de forma clara y no contradictoria

Este método pretende desarrollar ciertos reflejos que le permiten actuar con rapidez y competencia en situaciones comunes de la vida, es decir, que posea un “Saber - Hacer” haciendo que la persona (el participante) adquiera ciertos hábitos. Este método puede presentarse como el método de reflejo condicionado que procede una señal externa, respondiendo a la reacción que adquiera durante el curso de formación. En este método no entra en juego la inteligencia, sino el automatismo y la infraestructura nerviosa³⁷.

En la planificación hay que tomar en cuenta la definición de objetivos, el orden a seguir en los pasos, medir el tiempo, reunir y ordenar el material educativo, así como la ubicación de los participantes. El desarrollo de la sesión demostrativa comprende

organizar a los participantes en grupos o sub grupos, socializar con los participantes, despertar el interés en la sesión educativa, proveer normas e invitar durante el proceso a que los participantes hagan preguntas³⁸.

Se propone las siguientes fases:

1. Fase previa, a puerta cerrada: Se trata de que, si es necesario, el docente ensaye la demostración con antelación suficiente a la sesión con los alumnos. Con ello se minimiza la presencia de factores indeseables, se comprueba el estado de los recursos, se previenen fracasos demostrativos y se puede comunicar con mayor seguridad. Por su parte, se requerirá de los alumnos un estudio previo de los conocimientos instrumentales o fundamentales necesarios para la comprensión.
2. Fase interactiva: Sugerimos enfatizar la evaluación formativa de varios modos:
 - Desarrollándola con grupos pequeños o medios, con acceso audiovisual directo (sin dobles filas), y sin demasiados metros entre profesor y alumnos. La organización física del aula en forma de “U” y con grupos pequeños favorece la implicación en la tarea.
 - Exponiendo, antes de empezar, el sentido y alcance de la experiencia.
 - Procediendo paso a paso, invitando al grupo a preguntar por los detalles in situ.
 - Recapitulando al terminar la demostración, invitando a hacer observaciones.
 - Dialogando sobre lo hecho con el fin de asegurarse de que se ha comprendido.
 - Invitando a uno o dos alumnos a reiterarla con autonomía, verbalizando su toma de decisiones, para detectar dificultades y buenas inferencias. Se trata de que un alumno razone y tome sus decisiones en alta voz, para detectar dificultades, errores, buenas decisiones y alternativas creativas, y aprender de ellos para nivelar el conocimiento, bien por subgrupos, bien en gran grupo o seminario. Puede resultar motivador y suple una eventual falta de interacción entre alumnos. Para verbalizar el pensamiento con éxito es conveniente que entre profesor y alumnos haya buena relación afectiva, que el grupo esté motivado, que el profesor no haya verbalizado su demostración antes, y se sugiere que, dentro de la misma sesión, no sea la primera repetición de los alumnos.
 - Retando a cualquiera del grupo a sugerir cursos alternativos o propuestas de mejora.
 - Practicándola por parejas o tríos, en dinámicas de tutorías entre alumnos³⁹.

2.1.5. MOMENTOS DE LA SESIÓN DE APRENDIZAJE

2.1.5.1. Momento de la recuperación de saberes previos

Se puede lograr a través de una entrevista, lluvia de ideas, la realización de ejercicios, análisis de una imagen, discusión de un tema determinado u otras estrategias sencillas.

2.1.5.2. Momento de motivación

Este momento trata de despertar la curiosidad e interés de los participantes, tiene el propósito de generar el vínculo afectivo de los participantes, con el facilitador y el nuevo aprendizaje. Es importante utilizar nuestra imaginación y creatividad para programar las estrategias más apropiadas para lograr mantener la motivación. La Andragogía recomienda que a través de la motivación los participantes deban descubrir el tema que se trabajara, el facilitador no debe presentar el tema sino más bien motivar su descubrimiento a través de técnicas adecuadas, esto capta a la atención del grupo de trabajo.

2.1.5.3. Momento básico

Se desarrolla un conjunto de acciones para crear, investigar, analizar, etc. Para la obtención de nuevos conocimientos, reforzar los conocimientos ya obtenidos o corregir los conocimientos equivocados. En este momento, analizamos con los participantes las respuestas que han dado en los momentos anteriores y relacionados con ellos los saberes previos, con los contenidos nuevos y materia de aprendizaje. El facilitador utiliza distintas estrategias para lograr el aprendizaje del participante. En este momento de la actividad intervienen los ritmos y estilos de aprendizaje de los participantes, por esta razón, las estrategias serán variadas. Los mensajes de salud deben ser claros y precisos.

2.1.5.4. Momento de práctica

Permite que los participantes se hagan de estos nuevos conocimientos. En este momento se refuerza y consolida sus aprendizajes, mediante la aplicación de demostraciones y re demostraciones con cada participante.

2.1.5.5. Momento de evaluación

Permite obtener información sobre cómo han aprendido los participantes, para reforzar y corregir errores. En este momento, los participantes hacen su propia evaluación en

relación con el proceso de actividad de aprendizaje. Para el desarrollo de este momento podemos programar, por ejemplo estrategias de autoevaluación y evaluación en grupo, este momento es decisivo el apoyo del facilitador para reforzar la autoestima, darles oportunidad de buscar alternativas para superar dificultades y tomar decisiones más apropiadas.

2.1.5.6. Momento de extensión

Es el conjunto de acciones que permiten afirmar los nuevos aprendizajes en otros contextos. En general al concluir una actividad de aprendizaje los participantes se encuentran motivados para desarrollar otras iniciativas en relación con nuevas necesidades de aprendizaje surgidas⁴⁰.

2.1.6. TEORÍA DEL CONOCIMIENTO

A) El conocimiento:

Mario Bunge argumenta que el conocimiento se trata del producto final de una relación dialéctica, permanente y necesaria entre el interior racional y cognoscitivo de los seres humanos y el mundo exterior especial temporal en el que se desenvuelven. Este producto final, edificado en base a la facultad de razonar y entender, termina por producir un resultado que son los conceptos, los juicios y los raciocinios, es decir las ideas que construimos sobre la realidad. Estas ideas son, en términos generales, el conocimiento⁴¹.

Según Cárdenas la medición permite planificar, analizar y explicar cómo se han desarrollado las actividades y conocer los procesos, teniendo claridad, que conocer los procesos no significa hacer evaluaciones ni mediciones esporádicas. Conocer un proceso, es saber, que puede variar, que limitaciones y sus causas. La medición no se puede entender solo como un proceso de obtención de datos, se debe mirar como una herramienta para la toma de decisiones e igualmente, para hacer decisiones⁴².

B) Lineamientos de evaluación del conocimiento:

El MINEDU (Ministerio de Educación) menciona que la evaluación es vista como un elemento externo a la actividad de aprender. Se le considera, tanto desde las perspectivas cualitativas como cuantitativas como un medio por el que se valora un aprendizaje mediante técnicas e instrumentos. Este aprendizaje se puede situar a nivel

conceptual (conocimientos) o a nivel comportamental (habilidades). El conocimiento se puede cualificar mediante categorías como se muestra a continuación⁴².

- **Si / No:** Para medir si las características están presente o ausente, cuando existe un estándar absoluto y cuando se aceptan pequeños grados de tolerancia para el éxito del desempeño⁵⁰. Juzgamos una actividad de acuerdo con cuan eficaz sea produciendo un resultado aprobado. En consecuencia, parece que los términos “SI” y “NO” hacen referencia a ideas relacionales⁴³.

- **Bueno, Regular y Deficiente:** La herramienta sirve para analizar y mejorar los resultados del nivel de conocimientos en la población. Ya que la herramienta identifica a que nivel pueden hacerse mejoras (esto es, durante la formulación, implementación o aplicación de alguna intervención educativa)⁴⁴.
 - a) **Bueno:** El nivel de conocimiento es bueno porque al evaluar la persona conoce el tema en más del 75 – 100%, es decir, cumple todos los estándares que se le pide por lo que es un ejemplo positivo. En primeros auxilios es conocer todo acerca de dichos temas. Denominado también como “optimo”, porque hay adecuada distribución cognoscitiva, en este nivel, las herramientas son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada, además hay una corrección profunda con las ideas básicas del tema o materia.

 - b) **Regular:** el nivel de conocimiento es regular porque al evaluar la persona conoce el tema entre el 50 a 70 %, es decir, cumple algunos de los estándares que se le pide por lo que es un ejemplo problemático, ya que requiere ayuda. En los primeros auxilios es conocer regularmente dicho tema. Llamado también “medianamente logrado”, hay una integración parcial de ideas manifiestas, conceptos básicos y emite otros, eventualmente propone modificaciones, para un mejor logro de los objetivos y corrección, es esporádico con las ideas básicas de un tema o materia.

 - c) **Deficiente:** el nivel de conocimiento es deficiente porque al evaluar la persona conoce el tema en menos del 50 %, es decir, no cumple estándares que se le pide, por lo que es un ejemplo negativo, y requiere ayuda procesional de manera inmediata⁴⁴.

C) Calificación del conocimiento

Para evaluar el proceso de adquisición del conocimiento teórico, algunas veces es necesario adquirir un valor (una categoría) sobre los aprendizajes, para este propósito, para generalmente se emplean escasas con el fin de reportar los resultados establecidos, para lo cual se usa la escala numérica o sistema vigesimal.

- **Escala numérica (sistema vigesimal):** Es un instrumento para valorar rasgos del conocimiento subjetivo, a través de escalas que indican el grado el grado o intensidad en que un “conocimiento” se desarrolla, se estanca o degenera, se le asigna los valores de 0 a 20 puntos (escala vigesimal), según como corresponda o al nivel que llega el conocimiento. Requiere capacidad evaluativa para ser interpretada en base a la siguiente tabla valorativa:

Bueno	=	16 a 20 puntos.
Regular	=	11 a 15 puntos.
Deficiente	=	10 a menos puntos.

2.1.7. PRIMEROS AUXILIOS:

Se llama primeros auxilios al tratamiento que se da en forma inmediata y provisional a la víctima de un accidente o enfermedad repentina en el mismo lugar en donde ocurren los acontecimientos. Esta asistencia puede ser prestada por una persona no especialista, es decir un auxiliador, esta persona debe conocer los síntomas que presenta la víctima, como asistirlo y que medicación puede utilizarse en la urgencia.⁴⁵ Los minutos posteriores al accidente son cruciales para salvar la vida y prevenir o detener los daños en el accidentado. El 57% de las muertes por accidentes de tránsito se producen en los instantes siguientes de la colisión, de estas el 85% son causadas por obstrucción de la vía respiratoria y hemorragias. Técnicas sencillas podrían prevenir algunos de estos fallecimientos⁴⁶.

Los primeros auxilios están directamente relacionados con la salud, que según la OMS “es un estado completo de bienestar físico, mental y social pero se puede incluir en el concepto de salud la capacidad del sujeto de hacer uso de los recursos personales, de encarar las dificultades que ponen en peligro la vida. En este sentido podríamos considerar los primeros auxilios como parte de esos recursos personales para mantener la

salud una vez que ha ocurrido un accidente”⁴⁷. Ante una situación de emergencia los primeros auxilios la pueden realizar, todas las personas quienes posean conocimientos de primeros auxilios deberá, por razones de humanidad, encargarse de prestarlos. Ante ello se debe de actuar solo si tiene seguridad en lo que va hacer; si duda, es preferible no hacer nada, porque es probable que el auxilio que preste no sea el adecuado y contribuya a agravar a la víctima. Si no sabe qué hacer, limitase a buscar ayuda médica urgente.

2.1.7.1. PRINCIPIOS GENERALES:

- Actuar con rapidez, pero sin precipitación y esto evita el pavor en los demás. Al actuar con calma y seguridad, se obtendrá la confianza del accidentado y de los circunstantes y de la cooperación de los mismos.
- No hacer lo que se ignora y ante la duda abstenerse. Si no se está seguro del procedimiento a realizar es preferible trasladar urgente a un centro hospitalario, para evitar mayor lesión del que ya trae al accidentado.
- Considerar la hora del accidente y el tiempo transcurrido, lugar, causa del accidente, y registrar signos vitales (pulso, respiración)
- Haga un examen cuidadoso de la víctima. Muy a menudo se ve de una simple vista cual es la lesión producida por accidente. Sin embargo es por lo general conveniente hacer un breve examen del enfermo, para comprobar si no hay lesiones importantes, y para descubrir alguna lesión que no sea evidente.
- Haga el tratamiento adecuado y sin demora. Los primeros minutos para prestar los primeros auxilios son vitales en un accidente, de ello depende la resolución sin complicaciones.
- Nunca mueva a una persona lesionada a menos que sea absolutamente necesario. Algunas veces cuando se tenga que mover al accidentado, hacerlo lo menos posible, porque en general el examen del primer auxilio se prestara en el lugar donde se encuentre.
- Evaluación rápida y apropiada a un centro hospitalario, para ser evaluado por el médico y/o enfermera. Dar información clara de los hechos. Donde, como, cuando, con qué⁴⁸.

2.1.7.2. HERIDAS

A) **Definición:** Es cualquier solución de continuidad de todo el espesor de la piel y que puede afectar también al tejido subcutáneo o estratos más profundos, transformándola en puerta de entrada a agentes infecciosos. Siendo un peligro potencial para la vida del accidentado, si la lesión afecta un vaso importante⁴⁹.

B) Clasificación de las heridas:

- **Heridas Abrasivas:** Corresponden a erosiones o rasmilladuras, comunes en los niños, son superficiales, irregulares y de extensión variable. Se infectan fácilmente debido microorganismos, principalmente las esporas del tétanos.
- **Heridas Cortantes/ Punzantes:** Son producidas por elementos con filo o puntas, como un cuchillo, clavo etc., los bordes son lisos, se observa la incisión y es difícil determinar la profundidad. Existe riesgo de infección ya que los objetos podrían estar contaminados (riesgo de tétanos).
- **Heridas Contusas:** Generalmente se provocan por caídas, golpes o aplastamientos, son producidas por objetos romos (sin punta) como piedras o palos. Lesionan los tejidos muchas veces sin producir hemorragia, la extensión es variable.

C) ¿Qué hacer en caso de una herida?

Se deberá proceder siguiendo una serie de reglas precisas.

- Lavarse cuidadosamente las manos agua y jabón, secárselas con un toalla limpia y bañarlas en alcohol, dejándolas secar luego al aire.
- Si la herida se encuentra localizada en los miembros superiores, quitar anillos y pulseras que, en caso de aparición de edema (hinchazón), podrían limitar el flujo de sangre con graves consecuencias.
- Lavar con agua pura (si es necesario con agua y jabón) la zona de la piel alrededor de la piel, teniendo cuidado de no contaminarla.
- Con una gasa bien embebida en un desinfectante, limpiar la zona alrededor de la herida con movimientos dirigidos de la herida hacia fuera.
- Procurar que el desinfectante no entre a la herida, ya que puede ser extremadamente perjudicial para las delicadas células del tejido expuestos.
- Proteger la herida con una tela limpia o gasas estériles.

- Vendar la zona ejerciendo una presión ligera y constante. La venda se pone solo para mantener en su lugar la medicación aplicada, pero no debe comprimirla.
- En caso de retención de cuerpos extraños, después de haber realizado las operaciones ya descritas, habrá que apoyar sobre la herida, la gasa estéril, creando una protección suave (gasa doblada varias veces o bien un pañuelo de tela suave) para impedir que los movimientos hagan que el cuerpo extraño penetre aun en mayor profundidad en la herida, llevar a un servicio de salud lo antes posibles⁴⁹.

D) ¿Qué no hacer?

- No cubrir la herida ni con pomadas ni con polvos
- No utilizar algodón en la limpieza de la herida ya que puede dejar restos y estos posteriormente causar una infección.
- No utilizar agua oxigenada en heridas cortantes, porque el agua oxigenada debilita la piel de las zonas que necesitan ser afrontadas, y no podrán ser suturadas.
- No retirar la gasa de sangre manchada, porque en este caso se está formando el coagulo y si se retira, la herida volverá a sangrar con fuerte intensidad, colocar otra gasa encima y así sucesivamente.
- En caso de retención de cuerpos extraños, no debe de vendarse la herida, ni retirar el cuerpo extraño, podría causar hemorragia incontrolable.

E) Consideraciones según el tipo de herida:

- **Heridas Abrasivas:**
 - Tranquilizar al afectado.
 - Realizar curación, no necesita atención de urgencia.
- **Heridas Cortantes / Incisivas:**
 - Detener la hemorragia mediante presión moderada con un apósito o paño limpio.
 - Comprimir la herida por 5 minutos, si esta se empapa de sangre no retirar la gasa manchada, sino colocar otra encima sucesivamente. Cubrir con apósito y vendar.

- Derivar a un servicio de urgencia, antes de las 6 horas para la sutura correspondiente si lo amerita (se evaluará vacuna antitetánica)
- **Heridas Contusas:**
 - Evaluar el miembro afectado y aplicar frío local, para que este no se hinche y curar la herida.
 - Pueden observarse “chichones” o “moretones” (hematomas), jamás se deben reventar, derivar a un centro asistencial⁵⁰.

2.1.7.3. HEMORRAGIAS

A) Definición: Una hemorragia se define como la salida de sangre de un vaso sanguíneo (arteria, vena y capilar), pueden producirse por la severidad de la herida. En algunos casos provocando pérdida de conciencia (colapso o shock) e incluso la muerte. Es importante efectuar todos los pasos necesarios para detener la pérdida sanguínea⁵¹.

B) Clasificación de las Hemorragias:

- **Hemorragia Venosa:** Sangra en forma continua, color rojo oscuro.
- **Hemorragia Arterial:** Sangra a borbotones, color rojo claro. Es la más grave, por la pérdida de grandes volúmenes afecta de manera significativa el transporte de oxígeno y nutrientes a todo el organismo. Al existir un déficit de requerimientos se produce lo que llamamos shock.
- **Hemorragia Capilar:** Sangra en forma pareja en pequeñas gotas.

C) Signos y síntomas de las hemorragias: Dependerán de la gravedad y el tipo de hemorragia producida, los más comunes son:

- Aturdimiento pudiendo llegar al desmayo o lipotimia.
- Alteración del pulso que puede presentarse
 - Rápido (más de 100 latidos por minuto),
 - Débil (dificultad en la palpación)
 - Ausente.
- Respiración rápida (más de 20 respiraciones por minuto) y superficial.
- Piel pálida, fría y sudorosa.
- Pupilas dilatadas.
- Alteración en el nivel de conciencia.

- Sed debida a la pérdida de líquido en el organismo.
- Náuseas y vómitos.

D) ¿Qué hacer en caso de hemorragias?

- Controlar signos vitales, y registrarlos.
- Acostar al herido. Si la hemorragia ha sido muy grande colocar la cabeza más baja que los pies para prevenir choque. La quietud de la parte de la herida ayuda a formar el coágulo.
- Retirar la ropa del lugar de la hemorragia.
- Evitar cualquier compresión del cuerpo, aflojando el cuello, el cinturón y toda ligadura. Evite en enfriamiento del accidentado⁵¹.
- A menos que piense que no hay fractura, eleve el miembro afectado, para disminuir la irrigación de la sangre.
- Luego con un paño limpio cubra la herida presionando firmemente con las manos. Coloque sobre el primer paño tantos paños como sean necesarios. Mantenga la zona presionada y elevada hasta llevar al servicio de salud más cercano³⁶.
- En caso de epistaxis, hacer sentar al accidentado, con la cabeza hacia adelante, presionar en la zona afectada colocar frío local para la vasoconstricción y favorecer el coágulo. Realizar taponamiento nasal con acordeón de gasa.

E) ¿Qué no hacer?

- No realizar torniquetes, solo para uso profesional.
- No taponar la nariz con pedazos de algodón porque estos no podrán ser retirados.
- No retirar la gasa de sangre manchada, porque en este caso se está formando el coagulo y si se retira, la herida volverá a sangrar con fuerte intensidad, colocar otra gasa encima y así sucesivamente.
- Ante hemorragia nasal, no echar mano de “aquellos sistemas antiguos” de echar la cabeza hacia atrás y levantar los brazos.

2.1.7.4. QUEMADURAS

A) Definición: Las quemaduras son lesiones en el tejido producidas por una variación de calor, comprometen la piel y otros tejidos dependiendo de la profundidad. Pueden ser provocadas por diversos agentes; fuego, líquidos o sólidos calientes, electricidad, radiaciones, químicos y rayos solares⁸¹. Pueden no solo afectar la piel, si no también provocar alteraciones en otros sistemas y órganos. Se producen grandes pérdidas de líquidos y electrolitos (sodio, potasio etc.) producto del proceso inflamatorio y de la destrucción de tejidos, esto puede llevar a la condición de shock. Es necesario, trasladar a un centro asistencial⁵².

B) Evaluación de la gravedad de una quemadura:

- **Primer Grado:** Caracterizada por presencia de eritema en piel con ardor y dolor.
 - Afectan la epidermis y parte de la dermis,
 - La piel se observa enrojecida y seca,
 - Existe irritación de las terminaciones nerviosas lo que produce dolor, irritación y prurito (picazón).
- **Segundo Grado:** Se caracteriza por presencia de flictenas (ampollas), dolor y tumefacción de la piel que rodean las flictenas.
 - Compromete casi completamente la dermis y las terminaciones nerviosas superficiales.
 - Son poco dolorosas y soportables.
 - El aspecto es blanquecino y al cabo de 10 días se vuelven secas, duras y de un color negro grisáceo.
 - La cicatrización se demora de dos a tres semanas en completarse.
- **Tercer Grado:** Compromete desde las escaras superficiales hasta la carbonización, las escaras (zonas de tejido muerto), si no son muy profundas, forman manchas grises amarillentas o de color castaño, delgadas e insensibles a la presión superficial. Cuando la muerte de los tejidos es más profunda, las placas son más negruzcas y secas, y no duelen aunque la presión sea más intensa. Las escaras están rodeadas de zona con quemaduras de II y I grado. En los estados más graves, la quemadura de tercer grado presenta inclusive

destrucción del tejido celular subcutáneo, musculo y destrucción de tejido óseo^{51, 52}.

C) ¿Qué hacer en caso de quemaduras?

- **I grado:** Enfriar la zona quemada aplicando compresas con agua fría o poner debajo del grifo la zona afectada durante al menos diez minutos, luego puede utilizar algún ungüento aceitoso, en lo posible dejar la quemadura al aire libre.
- **II y III grado:**
 - Sumergir inmediatamente el área quemada en agua fría por periodo de 20 minutos para evitar que la lesión se profundice.
 - Quitar la ropa cuidadosamente en caso de que no esté adherida a la piel.
 - Cubrir la quemadura con gasas húmedas y luego con el paño más limpio que tenga disponible, para evitar la pérdida de agua por evaporación.
 - Mantenga a la víctima recostada y cúbrala ligeramente para evitar pérdidas de calor.
 - Dar a beber agua si el estado del paciente lo permite (consiente y de menor gravedad.)⁵³
 - Llevar al accidentado a urgencias o acudir a un centro de salud urgente.

D) ¿Qué no hacer?

- No se deben de romper las ampollas, que se hayan formado en ningún caso.
- No aplicar cremas a las ampollas.

E) Consideraciones en Quemaduras:

- El dolor en la quemadura es un indicador de gravedad, las heridas profundas no duelen, este es un aspecto que no puede dejar de preguntar.
- En extremidades (brazos o pierna) se recomienda elevarlas para evitar el aumento de hinchazón.
- Toda quemadura de tercer grado es grave, independientemente del tamaño, y debe ser trasladado a urgencia en ambulancia.
- Quemaduras en rostro, cuello, genitales o pliegues deben recibir atención médica.
- Existen ciertos casos de extrema gravedad, como víctimas de incendio, donde la quemadura en si es el último factor a valorar. En estos casos las víctimas

inhalan humo, además de lesionar la propia vía aérea con el fuego, lo primordial es asegurar la respiración y estabilizar al paciente a través de hidratación endovenosa, el último paso es la curación de la quemadura⁴⁵.

2.1.7.5. FRACTURAS

A) Definición: La fractura es la interrupción de la continuidad del hueso. Con frecuencia producidas a raíz de un accidente traumático, existen también fracturas espontáneas producidas en un hueso debilitado por alguna enfermedad, como el raquitismo, la osteoporosis, la osteomielitis, etc., que suponen modificaciones en la estructura de los huesos. Resulta afectado todo el organismo, que reacciona de distinta manera según el individuo⁵⁴.

B) Características:

- **Dolor:** Es intenso y se localiza en el sitio de fractura. Aumenta cuando se moviliza el área lesionada, o cuando se presiona en la zona
- **Impotencia funcional:** Esto quiere decir que la víctima es incapaz de mover la parte afectada. En ocasiones este signo puede no presentarse, por ejemplo cuando el hueso no se ha roto por completo
- **Deformidad:** La parte lesionada pierde su forma normal. La deformidad, y se comprueba comparando el lado afectado con el lado sano
- **Crepitación:** Es un ruido característico que se provoca al mover la fractura. Se evidencia cuando los extremos del hueso roto rozan entre sí.
- **Movilidad anormal:** Se evidencia cuando un miembro puede moverse en un lugar donde no existe articulación.

C) Tipos de Fractura: Existe múltiples clasificaciones, pero la más importante y que debemos conocer en primeros auxilios es la que se relaciona con la presencia o ausencia de heridas que acompañan a la fractura:

- **Fractura Abierta:** Cuando los extremos del hueso roto quedan expuestos a través de una herida. Estas fracturas por lo general se acompañan de sangrado
- **Fractura Cerrada:** Cuando el hueso está roto, pero no queda expuesto al exterior

D) ¿Qué hacer en caso de fractura?

- **En caso de fracturas Abiertas:** Las fracturas abiertas son muy fáciles de reconocer pues los extremos del hueso roto son visibles en la superficie del cuerpo de la víctima. Este tipo de fractura comúnmente se acompaña de dolor, sangrado, shock y mayor riesgo de infección¹.

Las fracturas abiertas se atienden de la siguiente manera:

- Acueste al herido.
 - Despojar la ropa del sitio de la lesión, si hay hemorragia importante detenerla.
 - Detenga el sangrado de inmediato
 - Tome las medidas apropiadas para prevenir el shock
 - Si el hueso asoma a través de la herida, no intente hacerlo regresar a su lugar
 - Cubra la herida con una gasa o tela limpia hasta la llegada del médico
 - Si fuera necesario transportar al herido, proceda antes a inmovilizar el hueso roto como si se tratara de una fractura cerrada
 - Llevar de inmediato a un Centro de Salud.
- **En caso de fracturas cerradas:** La finalidad es inmovilizar la parte lesionada para evitar que los extremos del hueso roto se desplacen, lo cual origina gran dolor y puede provocar mayores daños en el paciente.
 - No cambiar de postura al accidentado hasta haber establecido la localización y la naturaleza de la lesión.
 - Examinar con cuidado, una vez localizada la lesión, despojar la ropa del sitio de la fractura, inmovilizar el miembro afectado utilizando férulas, tablillas, etc., de manera que la lesión quede inmovilizada entre dos articulaciones.
 - Si la fractura es en el miembro superior, una vez inmovilizado, se fijara el brazo contra el cuerpo previa inmovilización.
 - En caso del miembro inferior, especialmente en caso de fractura de fémur, puede ser conveniente, una vez colocadas las tablas o férulas que lo inmovilizan, unir el lado fracturado al sano, lo que contribuye a mantenerlo en buena posición.

- Evitar que los vendajes, con los cuales se fijan las férulas estén demasiado apretados, comprometiendo así la circulación y la vitalidad del miembro fracturado. Si se enfrían o se duermen, si se hinchan o se ponen de color azulado, es muy probable que la compresión sea excesiva y haya que aflojar de inmediato el vendaje.
- Tratar de mantener al paciente lo más cómodo posible para evitar que se enfríe. Tranquilizarlo. No es indispensable sacar la ropa, salvo si molesta o si se sospecha que hay herida o hemorragia. Si hay que desnudar la parte afectada, es generalmente preferible cortar la ropa junto a una costura o descoserla.
- En caso de fractura de columna, colocar al accidentado en una tabla de madera forrada (de al menos dos metros), con el apoyo de al menos cuatro personas, luego se le fijara firmemente mediante ataduras colocadas a pequeñas intervalos, y colocar a los lados elementos rígidos o semirrígidos, como ropa enrollada, para garantizar la inmovilidad del cuerpo⁵⁴.
- **Inmovilización en una fractura:**
 - El objetivo es reducir el dolor y ayudar a movilizar y trasladar al afectado,
 - Se prefiere dejarla en posición anómala, es decir, tal cual como se encuentra para evitar lesiones de vasos sanguíneos o tendones.
 - Incluir la articulación proximal y distal a la fractura (por encima y por debajo del segmento fracturado)
 - Observar la adecuada circulación, evitando que vendajes queden muy apretados.
 - Se recomienda quitar anillo, pulseras, cinturones o cualquier objeto que pueda interferir con la circulación.
 - Elegir el tamaño de tabla adecuado, esta se sitúa a ambos lados de la extremidad y se fijan los muslos (con tela o correas), y luego tobillos.
 - Importante proteger prominencias óseas con telas o algodón antes de fijar.
 - En el caso de brazos la palma debe ir posicionada hacia adentro⁴⁵.

E) ¿Qué no hacer?

- No reducir las fracturas, ya que podemos lesionar los sistemas vascular y nervioso. Se deben inmovilizar tal y como se presenten.
- No aplicar calor ni pomadas antiinflamatorias, analgésicos o calmantes, pues pueden enmascarar los síntomas y dificultar la exploración.
- No intentar reintroducir el hueso en la fractura abierta.

2.1.7.6. ASFIXIA

A) Definición: Asfixia es una disminución total o parcial de la respiración por falta de oxígeno respirable (concentración de O₂ en el aire inferior a los valores normales = 21%), causada por obstrucción y/o supresión de las vías respiratorias⁵⁰. El cerebro solo puede sobrevivir sin oxígeno unos 3 a 5 minutos, por lo tanto, el atragantamiento constituye una emergencia ante la cual debemos actuar de inmediato mientras llega la ayuda médica.

B) Causas: Las causas más normales son:

- Por sumersión (es el caso de los ahogados).
- Por ahorcamiento.
- Por estrangulación.
- Por compresión del tórax (derrumbamiento, caídas, etc.).
- Por intoxicación de óxido de carbono o cualquier otro gas.
- Por contracción de los músculos respiratorios, como en las electrocuciones.
- Por sofocación, en los casos en que hay algún obstáculo en las vías respiratorias que impide la normal respiración.

C) Signos y Síntomas:

- Víctimas en estado de apnea (ausencia de respiración) o disneica (dificultad respiratoria) respiraciones violentas y desordenadas al comienzo.
- Cabeza echada hacia atrás, rostro congestionado, la víctima se lleva las manos al cuello (signos universales de atragantamiento).
- Cianosis (color morado en labios y uñas).
- Taquicardia (pulso rápido).
- Hipotensión (pulso débil).

- Región torácica por encima de la clavícula “succionada” hacia adentro, y el abdomen hinchado por acción del diafragma.
- Perdida del conocimiento alrededor del minuto.

D) ¿Qué hacer en caso de asfixias o atragantamientos?

- Separa a la víctima de la causa de la asfixia y en caso de no poder realizarlo, separar la causa de la asfixia de la víctima. Si la víctima se halla consciente pero manifiesta dificultad respiratoria, aflojar la ropa que comprima el cuello, tórax y abdomen, con el fin de eliminar cualquier cosa que pueda impedir la respiración y la circulación.
- Comprobar que no existen obstáculos para el paso del aire por las vías respiratorias superiores, retirar dentaduras postizas y colocar al paciente con la cabeza alta inclinada hacia el lado afectado.
- Si el paciente pierde el conocimiento, debe de ser colocado sobre un costado con cara de lado para evitar la aspiración de cualquier material. Si la víctima ha perdido el conocimiento desde un principio, el primer auxilio variara en función al tipo de respiración eficaz, amenazada, poco eficaz o interrumpida. En el primer caso, hay que liberar al paciente de todo elemento que dificulte la respiración y circulación, colocarlo sobre un costado y mantenerlo vigilado, realizar respiración artificial si el paciente dejase de respirar. En el siguiente caso, inicialmente hay que actuar como en el primer caso, pero si la respiración no mejora se debe de recurrir a la respiración artificial, lo que hay que hacer también en el tercer caso.

E) Maniobra de Heimlich y Maniobra de Reanimación Cardiopulmonar

E.1) Maniobra de Heimlich: La finalidad de esta maniobra es comprimir los pulmones de la víctima, provocando una “tos artificial” que movilizara y facilitara la expulsión del cuerpo extraño⁵⁵.

a) Pasos de la Maniobra de Heimlich:

- Colóquese de pie detrás de la víctima, poniendo ambos brazos alrededor de la parte superior del abdomen. Introduzca una de sus piernas entre las del paciente.
- Incline hacia delante a la víctima

- Empuñe una mano y ponga sobre la parte media del abdomen del paciente, de modo que el dedo pulgar de esta mano que de algo por encima del ombligo
- Coja esa mano cerrada con la otra y comprima enérgicamente hacia dentro y hacia arriba. Repita hasta por 5 veces.
- Si la obstrucción no se libera, continúe alternativamente con 5 golpes en la espalda seguidas de 5 compresiones abdominales.

b) Si la víctima esta inconsciente:

- Acueste a la víctima con cuidado en el suelo
- Active inmediatamente el sistema de emergencias: El socorrista constituye el eslabón más importante entre la víctima y el sistema de Emergencias; por ende en una situación de emergencia debe conocer 3 pasos iniciales, que deben realizarse en el siguiente orden (P.A.S) y los más rápidamente posible:
 - **Protección (seguridad del escenario):** Compruebe si existen posibles riesgos en el lugar de la emergencia con el fin de evitar que se produzca nuevos accidentes, o que se agraven los ya ocurridos.
 - **Active el sistema de emergencia (solicite ayuda médica):** Averigüe si entre los testigos hay algún médico o persona experta en brindar primeros auxilios. Si no lo hubiera, dese a conocer como socorrista y hágase cargo de la situación⁵⁷. Siempre se debe tener en cuenta que la ayuda que usted brinda, solo es provisional. Pídale a alguien que vaya en busca de ayuda médica mientras usted atiende a la víctima. Llamando a los Bomberos: 116, o Policía Nacional: 105, se debe brindar determinados datos esenciales:
 - Lugar o localización del accidente, tipo de accidente, números de víctimas, sexo y edad aproximada, estado o lesiones de los heridos, si se conocen, circunstancias o peligros que puedan agravar la situación
 - La persona que efectúa la llamada siempre debe ser la última en colgar el teléfono. Así estaremos seguros de que la

persona a quien ha llamamos toda la información que requiere.

- **Socorrer a la víctima:** Una vez que la víctima ha sido protegida y la ayuda ha sido solicitada, es el momento de brindarle el socorro apropiado⁵³.
 - Comience las maniobras de reanimación cardio pulmonar.
 - Una vez expulsado el cuerpo extraño, colóquelo en posición lateral de seguridad y proceda a comprobar la respiración y el pulso⁵⁵.

E.2) Reanimación Cardio Pulmonar RCP (soporte vital básico - SVB): Se define como el conjunto de medidas que tiene como finalidad prevenir el Paro Cardio Respiratorio (PCR). Se refiere al mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea y al soporte de la respiración y la circulación sin utilizar otros dispositivos que no sea los de protección. Recomendaciones 2005, en Resucitación Cardio pulmonar del European Resuscitation Council (ERC) Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar: Al dar SVB piense en las siguientes 3 cosas en orden: vía aérea, circulación, respiración⁵⁶. Debe abrir la vía aérea y realizar las compresiones cardíacas antes de realizar la reanimación respiratoria.

Si al aplicar el “ABC” de urgencia de primeros auxilios usted detecta que la persona esta inconsciente y que no respira, debe seguir los pasos que se detallan.

- **Técnica de RCP en adultos y niños mayores de 8 años:**
 1. Posición de la víctima: Se colocara al paciente en posición de RCP.
 - Acostado boca arriba
 - Cabeza y hombros al mismo nivel del cuerpo
 - Brazos a lo largo del cuerpo
 - Sobre una superficie plana y dura
 2. El socorrista se colocara arrodillado a la altura de los hombros del paciente y aflójele cualquier prenda de vestir que pueda dificultarle la respiración o la circulación (cuello de camisa, corbata, brassiere, etc.)
 3. Abrir la vía respiratoria: para abrir la vía aérea se utiliza la maniobra frente mentón, que describimos a continuación:

- Coloque una de sus manos sobre la frente del paciente, ejerciendo presión para extender la cabeza hacia atrás, manteniendo libre los dedos pulgar e índice para pinzar la nariz si fuera necesario iniciar la respiración artificial.
 - Simultáneamente, coloque los dedos índice y medio de si otra mano sobre el borde inferior del mentón, elevándolo y contribuyendo a la extensión del cuello⁵⁷.
 - Una de las principales causas de obstrucción de la vía aérea en las personas inconscientes es la relajación de los músculos de la lengua, que provocan que la lengua se desplace hacia atrás, obstruyendo el paso del aire hacia los pulmones. El objetivo de la maniobra frente mentón es desplazar a lengua hacia adelante, desobstruyendo así la vía aérea⁵⁸.
4. Limpiar las vías respiratorias (nariz, boca, lengua y garganta): examínele la boca. Si observa cualquier material extraño proceda así: introduzca su dedo índice incurvado en forma de garfio para retirar cualquier material extraño (como arena mucosidad, sangre, chicle, etc.) evitando introducir lo más profundamente.
 5. Verifique si existe respiración: invierta no más de 10 segundos en aplicar la técnica M. E. S (Mirar- Escuchar-Sentir) para detectar signos de respiración.
 6. Si la víctima NO respira normalmente o solo hace débiles intentos de respirar o boquea esporádicamente
 7. En la técnica del masaje cardiaco, el reanimador solitario se arrodillará junto al hombro izquierdo del paciente y realizar las compresiones con el “talón” de una mano en el centro del pecho de la víctima, entre ambas tetillas⁶¹. Luego coloque el talón de su otra mano sobre la primera y entrelace sus dedos
 8. Posteriormente colóquese vertical sobre el pecho de la víctima y presione en forma rápida y fuerte, usando el peso del su cuerpo (sin doblar los codos), hasta deprimir el pecho del paciente unos 4 a 5 cm. Luego, retire la presión (esto permitirá que entre sangre al corazón), pero sin separar las manos del tórax del paciente (para no perder el punto sobre el cual comprimir).

9. No flexione los brazos para hacer compresiones porque se cansara muy rápido y no es efectivo, durante la compresión se mantendrá los brazos estirados, los codos no deben doblarse, los brazos y antebrazos formaran una línea recta con los hombros y manos
 10. Repita las compresiones regularmente de 100 por minuto (algo menos de 2 compresiones por segundo); el tiempo empleado en la compresión y descompresión debe ser igual. Deberá combinar la compresión con la respiración artificial tal como se describe a continuación: Terminadas las 2 insuflaciones, coloque correctamente de nuevo sus manos sobre el pecho de la víctima y de otras 30 compresiones torácicas alternándolas. Deberá proseguir interrumpidamente la secuencia, alternando 2 ventilaciones cada 30 compresiones torácicas⁵⁸.
- **Posición Lateral de Seguridad (Posición de Recuperación):** Según la Europea Resuscitation Council (ERC), se usa cuando la víctima se halla inconsciente, con ausencia de respiración y/o pulso⁵⁹. La ERC recomienda la siguiente secuencia de acciones para colocar a la víctima en posición de recuperación:
 1. Coloque al accidentado acorado boca arriba.
 2. Retírele los anteojos; también objeto voluminoso de sus bolsillos (llavero, juguete, billetera, etc.)
 3. Desabróchele las ropas ajustadas. Se debe aflojar la ropa en los puntos en donde puedan apretar: corbata, cuello de camisa y cinturón en el hombre y brassier en la mujer.
 4. Arrodillase aun lado de la víctima y asegurese de que ambas piernas están estiradas y alineadas
 5. Coloque el brazo del paciente que se halle más próximo a usted haciendo ángulo recto con el cuerpo, con el codo doblado y la palma de la mano hacia arriba
 6. Cambie la posición del otro brazo del paciente, cruzándolo sobre el pecho del modo que al final del dorso de esa mano este aplicando contra la mejilla de la víctima que se halla más próxima a usted. La mano del rescatista se mantendrá esta posición

7. Con su mano, sujete la pierna más alejada justamente por encima de la rodilla y levántela, manteniendo el pie en el suelo
8. Manteniendo la mano de la víctima apretada su mejilla, tire de la pierna más alejada para hacer rodar a la víctima hacia usted poniéndola sobre su costado
9. Coloque la pierna por encima, en forma que tanto la cadera como la rodilla estén flexionadas en ángulo recto
10. Extienda la cabeza hacia atrás para asegurarse de que la vía aérea permanece abierta
11. Acomode la mano bajo la mejilla, si fuera necesario, para mantenerle la cabeza extendida
12. Cubra a la víctima con un cobertor para mantenerla abrigada y vigile a respiración y el pulso periódicamente
13. Si la víctima tiene que ser dejada en posición de recuperación durante más de 3 minutos cámbielo al lado contrario para aliviar la presión en el brazo que queda debajo.

F) ¿Qué no hacer?

- Nunca realizar la extracción manual del cuerpo extraño a ciegas.
- Si el afectado no tose, no darle golpes en la espalda.
- No realizar maniobra de RCP si antes no se ha verificado si hay algún objeto obstruyendo el paso del aire.
- No realizar procedimientos que tengan que ver con las creencias populares de las personas

2.1.7.7. ENVENENAMIENTO

- A) Definición:** Es cuando un químico o sustancia (tóxico), afecta de forma negativa el funcionamiento del organismo de la persona⁵⁹.
- B) Conceptos generales:** Algunos productos, si penetran en el organismo, aunque sea en pequeñas cantidades, son peligrosos para la salud. Sus efectos nocivos pueden aparecer de forma inmediata (accidente) o tras un largo periodo de tiempo (enfermedad).

- **Tóxico:** cualquier sustancia que, si penetra en el organismo en una cantidad suficiente, es capaz de producir efectos adversos en el organismo.
- **Intoxicación:** es la reacción del organismo a la entrada de cualquier sustancia tóxica (veneno) que causa lesión o enfermedad y, en ocasiones, la muerte.

C) **Signos y Síntomas:** Aunque cada tóxico puede producir manifestaciones diferentes, en líneas generales, son signos de una posible intoxicación:

- Extrema debilidad y fatiga.
- Malestar, sensación de mareo.
- Náuseas y/o vómitos, dolor abdominal, diarrea.
- Tos, dificultad respiratoria que puede llegar a parada cardiorrespiratoria.
- Lagrimeo, visión borrosa.
- Dolor de cabeza, confusión, desasosiego, obnubilación, pérdida del conocimiento, convulsiones.
- Quemaduras en labios y alrededor de la boca en forma de manchas blancas o amarillentas en caso de ingestión de productos químicos de tipo corrosivo, como la lejía.
- Pupilas dilatadas.
- Alteración del habla.
- Dolor abdominal repentino.
- Quemaduras alrededor de la boca y mal aliento.

D) **¿Qué hacer en caso de envenenamiento o intoxicación?**

➤ **Intoxicación por vía dérmica.**

- Retirar la ropa de la zona afectada lo más pronto posible (a mayor tiempo de contacto de la sustancia con la piel, mayor gravedad y profundidad).
- Lavar inmediata y abundantemente con agua, al menos durante 20 ó 30 minutos (lavado prolongado), teniendo especial cuidado con las salpicaduras.
- El agua puede ser aplicada directamente del grifo del lavabo o mediante diversos dispositivos como las duchas de seguridad o en su defecto las duchas convencionales y las duchas lavajos o lavajos portátiles.
- Acudir a un centro sanitario.
- Durante el transporte, continuar aplicando agua con una pera, botella, etc.

➤ **Intoxicación por inhalación (conducta P. A. S.):**

- Evitar actuar solo.
- Valorar la posible causa: observar, conocer.
- Si el accidentado está en un recinto cerrado (pozo, fosa séptica, laboratorio etc.), es imprescindible, antes de entrar, protegerse con mascarillas filtrantes adecuadas al producto que supongamos causante del accidente o un equipo de respiración autónomo (si no estamos seguros de que estamos bien protegidos, dejaremos que el rescate lo efectúen los bomberos). Además es conveniente atarse una cuerda a la cintura para que podamos ser rescatados en caso de desvanecimiento. En caso de incendio, si hay humo denso, entrar agachados o arrastrarse por el suelo, con un trapo húmedo protegiendo boca y nariz.
- Si es posible, abrir puertas y ventanas para ventilar.
- Evitar encender fuego o accionar interruptores de luz, porque pueden provocar explosiones.
- Retirar al accidentado del ambiente tóxico.
- Averiguar el producto causante.
- Tranquilizar al accidentado.
- Administrarle oxígeno si se dispone del mismo.
- Colocarle en un lugar bien aireado y libre del tóxico.
- Controlar periódicamente sus constantes vitales y si fuera necesario, practicar reanimación cardiopulmonar.
- Si el accidentado está inconsciente, colocarlo en posición lateral de seguridad para que, si vomita no aspire los vómitos.
- Trasladarlo al hospital y evitar que se enfríe⁶⁰.

E) ¿Qué no hacer?

- No provocar el vómito ante la sospecha de ingesta de productos cáusticos., disolventes y derivados del petróleo.
- No provocar el vómito en pacientes inconscientes.
- No administrar neutralizantes caseros (vinagre, zumo de limón, etc.)
- Si el afectado esta inconsciente, no darle de beber nada.

2.1.7.8. LIPOTIMIA

A) Definición: Es una pérdida transitoria de conocimiento debida a una insuficiente circulación sanguínea cerebral de entidad leve y de corta duración. Puede producir por diversas causas, como: una congestión, la permanencia durante mucho tiempo en posición erguida e inmóvil en condiciones climáticas o generales extenuantes; situaciones de estrés emocional; un dolor agudo o repentino en alguna parte del cuerpo; y por último, una respiración demasiado rápida o demasiado lenta⁴⁹.

B) Signos y Síntomas:

- Sensación de vértigo y de vacío en la cabeza.
- Sensación de nauseas
- Zumbido en los oídos
- Ofuscación de la vista hasta el momento descrito por el paciente de “ver negro”.
- Palidez
- Sudor frio
- Pulso débil o imperceptible y frecuente
- Caída de la presión arterial hasta 70 mmHg, con respecto a la presión mínima.

C) ¿Qué hacer en caso de lipotimias?

- Echar a la persona en el suelo.
- Elevar 45° las piernas para favorecer el retorno venoso y verificar pulso.
- Permitir una adecuada ventilación, favorecer la entrada de aire fresco y evitar tumultos.
- Soltar ropas apretadas para favorecer la respiración (cinturones).
- Ayudar a la persona a reincorporarse una vez pasado el evento. En general duran máximo tres minutos, es importante mantener la calma y no realizar más acciones que las mencionadas.
- Si el estado del paciente es de total inconsciencia, se deberá colocar sobre un flanco, con la cabeza ladeada y ligeramente situada hacia arriba (postura de seguridad), con objeto de prevenir, en caso de producir regurgitación de líquidos, la frecuente y dramática posibilidad de asfixia.
- Si la persona no responde pasado unos minutos verifique pulso, en el desmayo, circulación y respiración no se pierden, si es así realice RCP⁶¹.

D) ¿Qué no hacer?

- No dar líquidos ni nada por boca a una persona inconsciente o semi-inconsciente.
- No dejar al afectado expuesto al sol.
- No colocar al paciente sentado, riesgo de caída.

2.1.7.9. ELECTROCUCIÓN

A) Definición: Es el paso de corriente eléctrica a través del cuerpo, que puede producir efectos tremendamente negativos y en ocasiones incluso letales según las características de la corriente aplicada y la duración del contacto. En general, puede decirse que los efectos perjudiciales de la corriente dependen de su intensidad y de su recorrido a través del cuerpo, mucho más que de la tensión aplicada⁴⁵.

B) ¿Qué hacer en caso de electrocución?

- Desconectar la corriente, maniobrando en los interruptores de la sección o en los generales de la fábrica o edificio.
- Si no puede actuar sobre los interruptores, aislarse debidamente (usando calzado y guantes de goma o subiéndose en una tarima de madera).
- Si el accidentado queda unido al conductor eléctrico, actuar sobre este último, separándolo de la víctima por medio de una pértiga aislante. Si no tiene una a mano, utilizar un palo o bastón de madera seca.
- Cuando el lesionado quede tendido encima del conductor, envolverle los pies con ropa o tela seca. Tirar de la víctima por los pies con la pértiga o el palo, cuidando que el conductor de corriente no sea arrastrado también.
- Para actuar con mayor rapidez, cortar el conductor eléctrico a ambos lados de la víctima, utilizando un hacha provista de mango de madera.
- En alta tensión, suprimir la corriente a ambos lados de la víctima, pues si no, su salvación será muy peligrosa.
- Tener presente que el electrocutado es un conductor eléctrico mientras a través de él pase la corriente⁴⁵.

Tratamiento:

- Una vez rescatada la víctima, atender rápidamente a su reanimación.
- Por lo general, el paciente sufre una repentina pérdida de conocimiento al recibir la descarga, el pulso es muy débil y probablemente sufra quemaduras.
 - El cuerpo permanece rígido. Si no respira, practicarle la respiración artificial rápidamente y sin desmayo. Seguramente sea necesario aplicarle un masaje cardíaco, pues el efecto del «shock» suele paralizar el corazón o descompasar su ritmo⁸⁰.

C) ¿Qué no hacer?

- No tocar directamente a la persona que está recibiendo la descarga.
- Nunca acercarse más de seis metros a la persona que está sufriendo un accidente eléctrico provocado por una línea de alto voltaje.
- Nunca tocar a la persona si sigue en contacto con la electricidad, y mucho menos con las manos desnudas.
- No aplicar pomadas, hielo, vendajes o ungüentos a las quemaduras. Solo agua o suero y paños o gasas limpias.
- No retirar piel muerta de las quemaduras, así como las ampollas.
- No abandonar nunca a la víctima hasta la llegada de los profesionales sanitarios.

2.2. MARCO CONCEPTUAL:

2.2.1. Efecto: El efecto es el resultado, el fin, la conclusión, la consecuencia, lo que se deriva de una causa, de ahí proviene el principio fundamental causa-efecto, de la ciencia y de la filosofía. En la salud, el efecto es el impacto que se produce en los sentimientos de la persona al realizar una sesión educativa⁶².

2.2.2. Intervención Educativa: Es una estrategia puesta en acción con cuyo proceso se intenta mejorar o cambiar un contexto sociocultural determinado; tiene como propósito lograr que los participantes obtengan habilidades, actitudes y experiencias en función a sus necesidades⁶³.

- 2.2.3. Conocimiento:** Es el acto o efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Indica un conjunto de datos o noticias que se tiene de una materia o ciencia. Hace referencia a una persona con la que se tiene relación o trato pero sin llegar a tener una amistad como yo tengo conocimiento de lo que hace ese señor⁶⁴.
- 2.2.4. Primeros auxilios:** Se describen como la asistencia de urgencia que se proporciona a heridos o enfermos antes de la asistencia médica profesional. Éstos se componen de una serie de medidas terapéuticas urgentes que se aplican a las víctimas de accidentes o enfermedades repentinas hasta disponer de tratamiento especializado. El propósito de los primeros auxilios es aliviar el dolor o la ansiedad del herido o enfermo y evitar el agravamiento de su estado⁶⁵.
- 2.2.5. Docente:** El profesor es un profesional de la educación, con título de profesor o licenciado en educación, con calificaciones y competencias debidamente certificadas que, en su calidad de agente fundamental del proceso educativo, presta un servicio público esencial dirigido a concretar el derecho de los estudiantes y de la comunidad a una enseñanza de calidad, equidad y pertinencia. Requiere de desarrollo integral y de una formación continua e intercultural⁶⁶.

2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:

2.3.1. HIPÓTESIS GENERAL:

La intervención educativa con el método activo - demostrativo es efectiva en el incremento del conocimiento sobre primeros auxilios en los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno, 2016.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

- **TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Según los objetivos propuestos y la hipótesis planteada, la investigación fue de tipo pre-experimental, porque en el estudio se manipuló la variable independiente: intervención educativa con el método activo-demostrativo, sin grupo control.

- **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:**

El diseño fue de tipo pre y post test con un solo grupo, con el siguiente diagrama⁶⁷:

GE: O₁ X O₂

DONDE:

GE : Grupo de docentes.

O₁ : Conocimientos sobre primeros auxilios en los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno, 2016. Antes de la intervención Educativa.

X : Desarrollo de las Intervenciones Educativas con el método activo-demostrativo, distribuido en tres sesiones.

O₂ : Conocimientos sobre primeros auxilios en los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno, 2016. Después de la Intervención Educativa.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN:

➤ **Población:** La población estuvo conformada por todos los docentes que laboran en la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa que son en su totalidad 58 docentes.

➤ **Muestra:**

1. **Tamaño de muestra:** La muestra estuvo conformada por 34 docentes que laboran en la I.E.S. Santa Rosa. Se adquirió este valor utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{N \cdot e^2 + (Z_{\alpha/2})^2 \cdot p \cdot q}$$

n = Tamaño de la muestra.

$Z_{\alpha/2}$ = Valor Z de la distribución normal con un nivel de confianza del 95%. (1.96)

p : Probabilidad favorable de la efectividad de la intervención educativa. ($p=0.7$)

q = Probabilidad favorable de la efectividad de la intervención educativa. ($q=0.3$)

N : Población de docentes de la institución educativa. ($N=58$)

e : Error de muestreo (0.1)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.7) \cdot (0.3) \cdot (58)}{(58)(0.1)^2 + 1.96^2 \cdot (0.7)(0.3)}$$

$$n = 34$$

2. Criterios de selección:

➤ **Criterios de Inclusión:**

- Docentes nombrados y contratados que laboran en la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno
- Docentes con disposición de tiempo para aprendizaje.

➤ **Criterio de exclusión:**

- Docentes que se encuentren de permiso.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.3.1. TÉCNICA

La encuesta: Se aplicó a todos los docentes seleccionados, con la finalidad de obtener respuestas a las interrogantes planteadas con respecto al conocimiento que poseen sobre primeros auxilios.

3.3.2. INSTRUMENTO

El cuestionario: Para la ejecución de la presente investigación se utilizó el siguiente cuestionario que trata sobre primeros auxilios, el cual estuvo constituido por 38 preguntas de alternativa múltiple (ANEXO C). Para su validación se llevó a evaluación de Juicio de expertos, donde el 2do experto indico que se debería mejorar los ítems relacionados a las fracturas para que no se distorsione el manejo que el docente va a realizar frente a las urgencias y se utilizó la prueba alfa de Cronbach, que sirvió para medir la fiabilidad de la escala de medida.

El cuestionario constó de las siguientes partes:

- Título
- Instrucciones para el relleno del cuestionario
- Datos generales de identificación
- Interrogantes acerca del conocimiento sobre primeros auxilios en heridas, fracturas, hemorragias, envenenamiento, quemaduras, electrocución, lipotimia y asfixia.

EN RELACIÓN A LA VARIABLE DEPENDIENTE: Conocimiento sobre primeros auxilios.

- Concepto sobre primeros auxilios, se realizó una pregunta, y la calificación es:

Respuesta correcta	2 puntos
Respuesta incompleta	1 punto
Respuesta incorrecta	0 puntos
- Principios generales de primeros auxilios, se realizó 1 pregunta de 5 alternativas, con un puntaje total de 10 puntos, y la calificación para cada alternativa es:

Responde SI	2 puntos
Responde NO	0 puntos

- Valoración de las emergencias (síntomas). Se realizaron 7 preguntas incluidas dentro de los grupos de primeros auxilios, y la calificación es:

Responde SI 2 puntos

Responde NO 0 puntos

- Primeros auxilios en heridas, fracturas, hemorragias, envenenamiento, quemaduras, electrocución, lipotimia y asfixia se realizaron 5, 7, 5, 4, 2, 5, 2 y 6 preguntas respectivamente, haciendo un total de 36, y la calificación es

Respuesta correcta 2 puntos

Respuesta incompleta 1 punto

Respuesta incorrecta 0 puntos

- a. Se realiza primeramente una sub clasificación por categoría de cada prueba de la siguiente manera:

- El puntaje para concepto y principios generales es:

- **CONCEPTO Y PRINCIPIOS GENERALES:**

Bueno 10-12

Regular 7-9

Deficiente ≤ 6

- El puntaje por cada primer auxilio se realizó en grupos, de la siguiente manera:

- **HERIDAS**

Bueno 9-10

Regular 6-8

Deficiente ≤ 5

- **FRACTURAS**

Bueno 18-22

Regular 12-17

Deficiente ≤ 11

- **HEMORRAGIAS**

Bueno 13-16

Regular 9-12

Deficiente ≤ 8

- **QUEMADURAS**

Bueno	4
Regular	2-3
Deficiente	≤ 1

- **ELECTROCUCIÓN**

Bueno	9-10
Regular	6-8
Deficiente	≤ 5

- **ENVENENAMIENTO**

Bueno	12-14
Regular	8-11
Deficiente	≤ 7

- **LIPOTIMIA**

Bueno	7-8
Regular	5-6
Deficiente	≤ 4

- **ASFIXIA**

Bueno	18-22
Regular	12-17
Deficiente	≤ 1

- b. Finalmente se procede a la clasificación general del puntaje obtenido por cada docente. El puntaje total de las 38 preguntas es de 118, las cuales se evaluaron de la siguiente manera:

Bueno	: 90-118
Regular	: 60-89
Deficiente	: ≤ 59

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

A) COORDINACIÓN:

1. Se solicitó al Señor Director de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno apertura de campo de investigación.
2. Se presentó el documento por mesa de partes de la Institución. Se coordinó una entrevista con el Director y la coordinadora de estudios de la Institución. Para dar a conocer los objetivos de la investigación y así obtener facilidades y apoyo durante la ejecución de la investigación.
3. Se procedió a la selección de los 34 docentes elegidos.
4. Se entregó las fichas de consentimiento informado a los docentes para su llenado y aceptación correspondiente.
5. Se coordinó los días de sesiones educativas conjuntamente con la dirección de educación de la Institución Educativa.

B) RECOLECCIÓN DE DATOS:

a) Recolección de datos respecto al nivel de conocimiento de los docentes de la Institución Educativa:

1. Primeramente y con el apoyo de la coordinadora de tutoría, se solicitó un espacio de reunión para los docentes.
2. Se estableció una plática amistosa con los docentes y se brindó información acerca de los objetivos del estudio.
3. Se solicitó e informó, las instrucciones verbales para el correcto llenado de las fichas de consentimiento informado.
4. Posteriormente se procedió a la aplicación del cuestionario, para evaluar su nivel de conocimientos respecto a primeros auxilios el cual consta de 38 preguntas de alternativa múltiple. El cual tuvo una duración de 15 minutos
5. Una vez concluido el llenado del cuestionario, se inició con la sesión educativa de aprendizaje, la cual se dio en tres fechas distintas, teniendo cada una de las sesiones una duración de 3 horas aproximadamente.

6. Para garantizar la asistencia de los docentes a las sesiones educativas en coordinación con el director de la I. E. S. Santa Rosa y la oficina de tutoría, se eligieron estratégicamente las fechas y horas de las sesiones educativas ya que los docentes elegidos tenían labores académicas programadas.
7. Luego de haber realizado las sesiones educativas en tres fechas distintas, se procedió a la aplicación del cuestionario del post test cambiando la posición de las alternativas para evaluar el conocimiento que adquirieron durante las capacitaciones.
8. Luego se realizó el procesamiento de los datos obtenidos en el pre y post test. Los conocimientos se evaluaron en base a tres categorías: bueno, regular y deficiente.

b) Realización de las sesiones educativas: (ANEXO D)

1. Previamente se envió un comunicado a los docentes con el respaldo de la coordinación académica de la Institución fijando las fechas y horas de las sesiones.
2. Se coordinó un ambiente para las reuniones de las sesiones educativas.

➤ **Primera sesión educativa:**

Primeros auxilios sobre heridas, fracturas y hemorragia

Según el proyecto de investigación la programación de la sesión fue:

Al inicio de la sesión educativa se dio la bienvenida a los docentes y la presentación de la ejecutora. Seguidamente se inició con:

- El momento de la recuperación de saberes previos se realizó a través de la técnica “lluvia de ideas”, la cual permitió obtener algunos datos, opiniones o alguna información y recabar una base para la sesión educativa, con la finalidad de tener un panorama general sobre el nivel de conocimientos de los docentes sobre estos temas. Para lo cual se dio 15 minutos en este momento.
- En la motivación se realizó a través de la dinámica “la telaraña”, la cual permitió la integración de cada miembro en el grupo. La cual tuvo una duración de 10 minutos.

- En el momento básico se utilizó la técnica “infografía”, la cual permitió desarrollar los temas de heridas, fracturas y hemorragias en cuestión de concepto y primeros auxilios en cada caso. Este momento tuvo una duración de 60 minutos.
- En el momento práctico se utilizó el método de aprendizaje demostrativo, sobre la forma de atender una herida, una fractura y una hemorragia. Este momento tuvo una duración de 90 minutos.
- Para el momento de la evaluación se realizó a través de la re demostración, en el cual el docente en vos alta iba realizando los pasos de que se debe hacer en cada caso. A través de una ficha de cotejo. El momento tuvo como tiempo asignado 20 minutos.
- En el momento de la extensión, se indicó a los docentes que enviaran una pequeña información acerca de los temas tratados al correo electrónico Judhitsa.esther@hotmail.com para formar un manual al finalizar las sesiones. Se le asignó 5 minutos.
- Finalmente se agradeció por su asistencia y se les invito a los docentes para que asistieran a la segunda sesión educativa.

➤ **Segunda sesión educativa:**

Primeros auxilios sobre quemaduras, envenenamiento y asfixia

Según el proyecto de investigación la programación de la segunda sesión se consideró 7 días después de la primera.

Al inicio de la sesión educativa se dio la bienvenida a los docentes y la presentación de la ejecutora. Seguidamente se inició con:

- El momento de la recuperación de saberes previos se realizó a través de la técnica “lluvia de ideas”, la cual permitió obtener algunos datos, opiniones o alguna información y recabar una base para la sesión educativa, con la finalidad de tener un panorama general sobre el nivel de conocimientos de los docentes sobre estos temas. Consecuentemente se preguntó

sobre los temas anteriores. Para lo cual se dio 15 minutos en este momento.

- En la motivación se realizó a través de la dinámica “mar adentro – mar afuera”, la cual permitió ilustrar las características de la competencia. La cual tuvo una duración de 10 minutos.
- En el momento básico se utilizó la técnica “estudio de casos”, la cual permitió desarrollar los temas de quemaduras, envenenamiento y asfixia en cuestión de concepto y primeros auxilios en cada caso. Este momento tuvo una duración de 60 minutos.
- En el momento práctico se utilizó el método de aprendizaje demostrativo, sobre la forma de atender una quemadura, a un envenenado y a un asfixiado. Este momento duró aprox. 90 minutos.
- Para el momento de la evaluación se realizó a través de la re demostración, en el cual el docente en vos alta iba realizando los pasos de que se debe hacer en cada caso. A través de una ficha de cotejo. El momento tuvo como tiempo asignado 20 minutos.
- En el momento de la extensión, se indicó a los docentes que enviaran una pequeña información acerca de los temas tratados al correo electrónico Judhitsu.esther@hotmail.com para formar un manual al finalizar las sesiones. Se le asignó 5 minutos.
- Finalmente se agradeció por su asistencia y se les invito a los docentes para que asistieran a la tercera y última sesión educativa.

➤ **Tercera sesión educativa:**

Primeros auxilios sobre lipotimia y electrocución

Según el proyecto de investigación la programación de la tercera sesión se consideró 7 días después de la segunda.

Al inicio de la sesión educativa se dio la bienvenida a los docentes y la presentación de la ejecutora. Seguidamente se inició con:

- El momento de la recuperación de saberes previos se realizó a través de la técnica “lluvia de ideas”, la cual permitió obtener algunos datos, opiniones o alguna información y recabar una base para la sesión educativa, con la finalidad de tener un panorama general sobre el nivel de conocimientos de los docentes sobre estos temas. Consecuentemente se preguntó sobre los temas anteriores. Para lo cual se dio 12 minutos en este momento.
- En la motivación se realizó a través de la dinámica “el alambre pelado”, el cual permitió la animación y la concentración de los participantes. La cual tuvo una duración de 8 minutos.
- En el momento básico se utilizó la técnica “cuartetos en rotación”, la cual permitió desarrollar los temas de lipotimia y electrocución en cuestión de concepto y primeros auxilios en cada caso. Este momento tuvo una duración de 40 minutos.
- En el momento práctico se utilizó el método de aprendizaje demostrativo, sobre la forma de atender a una persona que sufre de lipotimia y electrocución. Este momento duró aprox. 60 minutos.
- Para el momento de la evaluación se realizó a través de la re demostración, en el cual el docente en vos alta iba realizando los pasos de que se debe hacer en cada caso. A través de una ficha de cotejo. El momento tuvo como tiempo asignado 13 minutos.
- En el momento de la extensión, se indicó a los docentes que enviaran una pequeña información acerca de los temas tratados al correo electrónico Judhitsu.esther@hotmail.com para formar un manual al finalizar las sesiones. Se le asignó 2 minutos.
- Finalmente se agradeció por su asistencia y las facilidades brindadas.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- Se realizó la codificación del instrumento con la información recolectada antes (pre test) y después (post test) de la intervención educativa.
- Se realizó la transferencia de los datos obtenidos al programa Excel para el procesamiento de los datos estadísticos.
- Para la tabulación se construyeron cuadros para la interpretación y discusión de los resultados, se realizó el cálculo de distribuciones de frecuencias absolutas simples y porcentuales.
- El tratamiento estadístico se realizó con estadística descriptiva porcentual.

3.5.1. EN RELACIÓN AL ANÁLISIS:

El análisis de los datos se realizó con la estadística descriptiva, lo que permitió calcular el promedio aritmético y desviación estándar. La prueba estadística diferencia de medias. Tomando los datos sobre primeros auxilios, antes y después de las sesiones educativas.

3.5.1.1. PRUEBA DE HIPÓTESIS:

Se utilizó la prueba Z calculada (diferencia de medias), que se utiliza en caso de muestras mayores o iguales a 30.

a) Planteamiento de la hipótesis

H₀: $\mu_d = 0$ (La intervención educativa no es efectiva en el incremento del conocimiento sobre primeros auxilios en los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa).

H₁: $\mu_d > 0$ (La intervención educativa es efectiva en el incremento del conocimiento sobre primeros auxilios en los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa).

b) **Nivel de significancia:** El nivel de significancia o error es del 5%, con un nivel de confianza del 95%.

$$\alpha = 0.05$$

c) **Prueba Estadística:** Se aplicó la distribución Z, usando la siguiente formula:

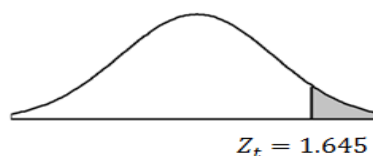
- **Tomando en cuenta la siguiente formula:**

$$\begin{aligned} \bar{d} &= 44.14706 \\ S_d &= 4.41164 \end{aligned} \Rightarrow Z_c = \frac{\bar{d} - \mu_{d0}}{S_d / \sqrt{n}}$$

$$Z_c = \frac{44.14706 - 0}{4.41164 / \sqrt{34}}$$

$$Z_c = 58.35$$

d) **Valor crítico**



e) **Decisión**

El valor de $Z_c=58.35$ es mayor a $Z_t=1.645$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, por lo que se demuestra que la **intervención educativa con el método activo-demostrativo es efectiva en el incremento del conocimiento sobre primeros auxilios en los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa.**

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS:

OG:

CUADRO N° 01

EFFECTO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON EL MÉTODO ACTIVO- DEMOSTRATIVO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN DOCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA SANTA ROSA PUNO, 2016

EFECTO DE LA INTERVENCIÓN	PRE TEST		POST TEST	
	Fi	%	fi	%
Bueno	0	0.0%	28	82.4%
Regular	1	2.9%	6	17.6%
Deficiente	33	97.1%	0	0.0%
TOTAL	34	100.0%	34	100.0%

FUENTE: Cuestionario de elaboración propia sobre Primeros Auxilios para Docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno 2016.

El cuadro muestra el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios de los 34 docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno, donde antes de la intervención educativa el 97.1% de docentes tienen conocimientos deficientes. Después de la intervención educativa, el 82.4% de docentes mejoran sus conocimientos a un nivel bueno y el 17.6% a nivel regular. Los resultados se corroboran a través de la prueba estadística Z, donde $Z_c=58.35$ es mayor a $Z_t=1.645$, determinando que la intervención educativa es efectiva en cuanto al incremento del conocimiento sobre primeros auxilios en los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa, con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$; aceptando la hipótesis alternativa y rechazando la hipótesis nula.

OE1

CUADRO N° 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS ANTES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN DOCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA SANTA ROSA PUNO, 2016

CATEGORIAS TEMAS	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Concepto y principios generales	2	5.9	6	17.6	26	76.5	34	100
Heridas	3	8.8	17	50.0	14	41.2	34	100
Fracturas	0	0.0	10	29.4	24	70.6	34	100
Quemaduras	2	5.9	18	52.9	14	41.2	34	100
Electrocución	0	0.0	12	35.3	22	64.7	34	100
Envenenamiento	0	0.0	11	32.3	23	67.7	34	100
Lipotimia	3	8.8	10	29.4	21	61.8	34	100
Asfixia	0	0.0	7	20.6	27	79.4	34	100

FUENTE: Cuestionario de elaboración propia sobre Primeros Auxilios para Docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno 2016.

El cuadro muestra los resultados sobre el conocimiento en primeros auxilios en los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno, donde antes de la intervención educativa, el nivel de conocimientos de los docentes es predominantemente deficiente, con porcentajes más elevados en los siguientes temas: El 79.4% respecto a asfixia, el 76.5% sobre conceptualización y principios generales y el 70.6% respecto a fracturas. Aunque hubo unos porcentajes considerables con conocimiento regular como el 52.9% en quemaduras y el 50.0% en heridas. Estos resultados permiten inferir que el conocimiento que tenían los docentes sobre primeros auxilios se encuentra entre deficiente y regular.

OE2

CUADRO N° 03

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS DESPUÉS DE
LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN DOCENTES DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA SECUNDARIA SANTA ROSA PUNO, 2016**

CATEGORIAS TEMAS	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Concepto y principios generales	34	100	0	0.0	0	0.0	34	100
Heridas	25	73.5	9	26.5	0	0.0	34	100
Fracturas	26	76.5	8	23.5	0	0.0	34	100
Quemaduras	25	73.5	9	26.5	0	0.0	34	100
Electrocución	24	70.6	10	29.4	0	0.0	34	100
Envenenamiento	17	50	17	50	0	0.0	34	100
Lipotimia	33	97.1	1	2.9	0	0.0	34	100
Asfixia	33	97.1	1	2.9	0	0.0	34	100

FUENTE: Cuestionario de elaboración propia sobre Primeros Auxilios para Docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno 2016.

El cuadro muestra los resultados sobre el conocimiento en primeros auxilios en los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno, donde después de la intervención educativa, el nivel de conocimientos de los docentes es predominantemente bueno, con porcentajes más elevados en los siguientes temas: El 100.0% respecto a conceptualización y principios generales, el 97.1% sobre lipotimias y el 97.1% respecto a asfixia. De los resultados se puede inferir que el conocimiento que tenían los docentes sobre primeros auxilios aumentó considerablemente a un nivel bueno y regular.

5.2. DISCUSIÓN:

Los primeros auxilios son todas aquellas medidas o actuaciones que realiza el auxiliador, en el mismo lugar donde ha ocurrido el accidente, para reducir los efectos de las lesiones y estabilizar el estado de la persona. De esta definición se infiere que el conocimiento y la práctica van de la mano y por ende para poder intervenir en una población se debe de utilizar un método que reúna esas dos características.

El efecto de la educación está basado en el proceso de experimentación y operación a través de una metodología sistematizada con técnicas educativas para obtener conocimientos y habilidades articuladas e integradas en los participantes. Según el especialista en innovación y experiencias educativas indican que el efecto de una intervención educativa tiene como base el método que se utiliza según los objetivos de aprendizaje, esto permite integrar los aspectos cognitivos (conocimiento), afectivos (actitudes, valores) y psicomotoras (habilidades de comportamientos) que se quieren conseguir a través de la educación²⁵.

La OPS refiere que la metodología activa imparte contenidos educativos a través de la construcción del conocimiento por parte del educando y la metodología demostrativa se utiliza para mostrar pasos secuenciales respecto a un tema.

El método activo-demostrativo reúne la enseñanza teórico-práctico, ya que se le invita a participar física y mentalmente al educando en su proceso de enseñanza – aprendizaje y se hace más efectiva si al mismo tiempo se realizan las acciones que se están explicando, el cual fortalece al educando para que cumpla con mayor eficacia el rol que le compete dentro de la sociedad³³.

Los resultados del estudio se fundamentan en la teoría mencionada, porque al desarrollar la educación con el método activo-demostrativo, se ha logrado que los docentes de la I.E.S. Santa Rosa, hayan mejorado su conocimiento sobre los primeros auxilios, desde un conocimiento deficiente-regular a un conocimiento bueno, después de la intervención educativa. Además puede deberse este cambio, al interés de los docentes en aprender los pasos a seguir en primeros auxilios porque durante las actividades escolares pudieran presentarse accidentes en los estudiantes y que estos en su momento no pudieron prestar los primeros auxilios en forma correcta. A través de la metodología

activa el docente tiene que percibir sus propias actividades, evaluar sus resultados y realizar una retroalimentación de los temas impartidos en las sesiones educativas por sí mismos. El conocimiento individual no es una copia de la realidad, sino que, al menos en parte, es una construcción personal. Los docentes por encontrarse en una etapa adulta construyen su conocimiento sobre todo interpretando sus percepciones o experiencias.

Como dijo el doctor en técnicas didácticas, no es posible aprender por otra persona, sino cada persona tiene que aprender por sí misma. Además como otros procesos cognoscitivos, aprender no es un proceso exclusivamente individual, sino también un proceso social³³. Cada proceso de enseñanza y aprendizaje es una interacción social. Es por eso que la metodología activa-demostrativa busca la transacción entre el docente y alumnado mediante el debate o diálogo para profundizar en los temas estudiados, y para conseguir una interacción positiva se generó en las sesiones educativas programadas un clima favorable para la participación activa de los docentes, se mantuvo un tono amical y de respeto entre la educadora a los docentes y viceversa, por lo cual las técnicas utilizadas como la infografía, cuartetos en rotación y estudio de casos han sido seleccionadas por que promueven el trabajo en grupos, y ayuda a organizar la información, porque en la participación y debate se produce mucha cantidad de información que requiere ser sistematizada y posteriormente expuesta para estimular la mejora del conocimiento en el educando.

El conocimiento es deficiente se considera como pésimo, porque al evaluar a la persona esta conoce del tema menos del 50 %⁴⁴, esto significa que las ideas están desorganizadas, la expresión de conceptos básicos no son precisos ni adecuados, y carece de fundamentación lógica. Así mismo, un conocimiento regular, es considerado como medianamente logrado, con ideas parciales acerca de un tema.

En el cuadro N° 01, el 97.1% de docentes se encontraban en la categoría deficiente, atribuyéndose este a la falta de capacitación y desinterés en de buscar su auto preparación, el cual se corrobora con el estudio, donde el 72% de docentes no han tenido ninguna capacitación sobre primeros auxilios¹⁴. Además, es un hecho real que existe carencia real por parte del MINEDU de incluir en la formación profesional del futuro docente un curso específico a este tema. Por ello podemos inferir que el conocimiento de deficiente a regular se deba a estos aspectos mencionados, puesto que estos conocimientos podrían dar lugar a la falta de atención adecuada y oportuna en primeros auxilios, constituyéndose

en un factor de riesgo en circunstancias de accidentes. El resultado se asemeja al obtenido en un estudio de España, donde el 61.4% de docentes carecen de conocimientos, en primeros auxilios¹².

Cuando el conocimiento es bueno es denominado conocimiento óptimo, porque al evaluar a la persona esta conoce del tema entre el 75 y 100%⁴⁴, en el cual las conceptualizaciones y las intervenciones son positivas, el pensamiento es coherente, la experiencia es aceptada y fundamentada, además hay una conexión profunda de las ideas básicas del tema

Según esta referencia, en el resultado obtenido el conocimiento asciende después de la intervención a un 82.4% y por ende se ubica en la categoría de bueno, lo que indica que el docente esté en la capacidad de intervenir con mayores elementos de juicio sobre primeros auxilios frente a casos de accidente, si existe la oportunidad. Resultados que asumimos, se deben a que los docentes participaron activamente en la obtención de conocimientos sobre primeros auxilios, así, como el haber utilizado el método demostrativo que en gran medida despertó en los participantes el interés, la atención y comprensión, aspectos fundamentales que se requieren para lograr un adecuado aprendizaje. Es entonces que el conocimiento bueno de los docentes evitara complicaciones posteriores, y asegurara la vida del estudiante o también llamada accidentado, simultáneamente disminuirá los efectos de las lesiones, ya que de esta primera actuación dependerá en gran medida el estado general y posterior evolución del accidentado.

El resultado se corrobora con un estudio de España, donde la eficacia de la intervención ascendió el conocimiento a un 76.2%¹², y otro estudio indica que los conocimientos se incrementaron en un 95.8%¹⁶. Aunque los estudios mencionados utilizaron distintas técnicas de intervención, estas se incluyen dentro del método activo y demostrativo. Además múltiples son las vías a través de las cuales el educando aprende, capta el conocimiento y adquiere los caracteres de la experiencia. Donde se capta la idea en un 40% escuchando, un 60% si se escucha y se ve, y un 90% si se escucha, se ve y se hace⁶⁸. En consecuencia se afirma que el método activo-demostrativo es efectivo en la educación y aumento de conocimiento sobre primeros auxilios en los docentes, ya que fue más efectiva con la ejecución de las acciones.

La Cruz Roja Nacional Americana. Definen a los primeros auxilios como la atención inmediata y momentánea que se da al accidentado en el mismo lugar del acontecimiento. Teniendo siempre en cuenta que los principios básicos que determinan actuar con tranquilidad, rapidez y seguridad evitando el pánico, manteniendo la calma y dominando la situación, son importantes para salvar una vida o minimizar los daños sufridos por un accidente⁴⁷.

La falta de conocimiento o de información crea un ciclo de ignorancia y miedo, donde las personas mal informadas suelen tener actitudes negativas y la única forma de solucionarlo es brindando información adecuada para que así puedan tomar conciencia y decidir cómo obrar mejor y aprender a enfrentar con valentía los problemas y elegir el camino correcto.

Se debe hacer lo que se sabe y abstenerse ante la duda, examinar cuidadosamente para poder dar un tratamiento adecuado y sin demora o evacuar rápidamente a un centro hospitalario para su atención definitiva⁴⁸.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el cuadro N° 02, podemos señalar que en el pre test, la mayoría de los docentes, tenían conocimientos deficientes en los temas en general, especialmente respecto a conceptos y principios generales, asfixia y fracturas, lo cual nos indica que los docentes no cuentan con los conocimientos tanto teóricos como prácticos en primeros auxilios y como consecuencia esto puede mermar en la salud del estudiante.

Además, el 76.4% presenta conocimiento deficiente en conceptos y principios generales se relaciona probablemente con la falta de información, o el tipo de enseñanza que recibió fue escasa, ya que es importante saber actuar con tranquilidad rapidez y seguridad, dominando la práctica y evitando actitudes negativas para así brindar una atención adecuada a los accidentados. Así, la educación mediante el método activo-demostrativo proporciona y mejora el conocimiento, corrigiendo conceptos erróneos, creando habilidades y destrezas mediante la práctica, utilizando material o medios más eficaces para lograr el aprendizaje.

Se evidenció que el 79.4% de docentes desconocían sobre primeros auxilios en asfixia por atragantamiento, el cual se define como “la disminución total o parcial de la

respiración por falta de oxígeno respirable (concentración de O₂ en el aire inferior a los valores normales = 21%), causada por obstrucción y/o supresión de las vías respiratorias⁵⁰. Se puede inferir que el docentes, no puede actuar ante una situación de asfixia ya sea por no realizar adecuadamente la maniobra de Heimlich en caso de un atragantamiento o realizar las maniobras de reanimación cardiopulmonar si este se está ahogando, y como consecuencia podría acarrear secuelas en la salud del estudiante como retardo mental, parálisis, etc. Nuestros resultados se asemejan con otro estudio donde el docente desconocía los primeros auxilios en asfixias en un 80%¹⁶, en comparación con otro, que encontró que el 50% de docentes desconocían las técnicas correctas de la maniobra de Reanimación Cardio Pulmonar y la maniobra de Heimlich¹².

Otro de los temas con mayor porcentaje deficiente igual a 70.6% es la fractura, definida, como la interrupción de la continuidad del hueso. Con frecuencia producidas a raíz de un accidente traumático o producidas por un hueso debilitado por alguna enfermedad, como el raquitismo, etc., que suponen modificaciones en la estructura de los huesos⁵⁴. Se evidencia que el docente no reconocerían las características de la fractura como dolor, deformidad, incapacidad para mover la parte afectada, etc. Por lo cual, un conocimiento deficiente o regular, no permite prever la dimensión de la fractura, ni las consecuencias que se producirían por una mala asistencia. Según un estudio se obtuvo que el 78.3% de los docentes no contaban con el conocimiento suficiente ni la práctica para atender un fractura, sin mencionar que las inmovilizaciones que realizaban no eran las adecuadas²¹. Según estudio se obtuvo un porcentaje más alto en la categoría de fracturas en el pre test con un 85% de desconocimiento en atención de fracturas¹⁶.

En el cuadro N° 03, se evidencia un aumento considerable del conocimiento en primeros auxilios, alcanzando un nivel bueno y regular, obteniendo los mayores porcentajes en los temas de concepto y principios generales, asfixia y lipotimia. Frente a estos resultados es necesario que se apliquen técnicas que faciliten impartir los contenidos educativos; como el autoaprendizaje y el reforzamiento. La OMS afirma que las técnicas participativas como la demostración tiene la finalidad de enseñar destrezas prácticas, especialmente mostrar a alguien hacer algo en forma correcta y permitir que practique lo aprendido.

De los resultados, observamos que el 100% de los docentes de I.E.S. Santa Rosa, saben definir correctamente que son los primeros auxilios y cómo actuar en primera instancia ante una situación de emergencia, ya que el docente ha adquirido las habilidades y destrezas necesarias mediante la práctica. En tal sentido, con el desarrollo del método activo demostrativo, fue posible mejorar los conocimientos porque permitió profundizar el tema desde un proceso de teorización hasta la práctica, donde los docentes mejoraron el conocimiento y corrigieron conceptos erróneos.

Otro tema con porcentaje elevado, después de la intervención educativa es la lipotimia, con un 97.1%, el cual se define como la pérdida transitoria de conocimiento debida a una insuficiente circulación sanguínea cerebral de entidad leve y de corta duración. Ocasionada por diversas causas, como: una congestión, la permanencia durante mucho tiempo en posición erguida e inmóvil en condiciones climáticas o generales extenuantes; situaciones de estrés emocional; un dolor agudo o repentino en alguna parte del cuerpo, etc⁵¹. Al contrastar este conocimiento con el obtenido antes de la intervención se puede inferir que los casos de lipotimia que usualmente se presentan en las instituciones educativas eran asumidos en cierta manera de forma superficial. Pero después de la intervención educativa, los docentes realizaban los correctos pasos a seguir frente a una lipotimia, como es el simple hecho de acostarlos con las piernas elevadas en un ángulo de 45°, para que ayude a dar mayor irrigación sanguínea al cerebro. Se encontró similar porcentaje en el estudio, donde el 80% de docentes después del estímulo aumentaba sus conocimientos en el reconocimiento y atención de la lipotimia²².

Habiendo mencionado las asfixias en el cuadro anterior, el cual era uno de los temas con porcentajes altos en la categoría deficiente, podemos observar que después de la intervención educativa con el método activo-demostrativo este aumento considerablemente a una categoría de bueno con un 97.1% lo que indica que este fue uno de los temas con mayor interés por parte de los docentes para ser aprendidos, asumimos que fue por el hecho de realizar la práctica de primeros auxilios en maniobras de reanimación cardio pulmonar y la maniobra de Heimlich.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La intervención educativa aplicando el método activo-demostrativo obtuvo un efecto bueno en el cambio del conocimiento sobre primeros auxilios en los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno. Entonces se confirma la hipótesis planteada, corroborada con el análisis estadístico al obtener, $Z_c=58.35$ es mayor a $Z_t=1.645$, con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$, donde se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

SEGUNDA: El nivel de conocimiento de los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa, sobre primeros auxilios antes de la intervención educativa fue deficiente, con porcentajes más altos en concepto y principios generales, fracturas y asfixias.

TERCERA: El nivel de conocimiento de los docentes de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa, sobre primeros auxilios después de la intervención educativa es buena, con porcentajes más altos en conceptos y principios generales, lipotimias y asfixias.

RECOMENDACIONES

A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA SANTA ROSA:

- Con el apoyo de la dirección de estudios de la Institución Educativa hacer reproducir una copia del manual sobre primeros auxilios desarrollado como producto final de las intervenciones, entre todos los docentes, con el fin de disminuir la inseguridad del docente en la aplicación de los primeros auxilios.
- Implementación de un libro de ocurrencias, para registrar todos los casos de emergencias que se presenten en la institución.
- Con el apoyo de la dirección de estudios y la unidad de tutoría de la I.E.S. Santa Rosa, crear e implementar un ambiente específico para la atención inmediata de las estudiantes.
- Se sugiere al equipo directivo de la Institución que soliciten a los organismos gubernamentales como los bomberos, Defensa Civil y el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, capacitación en primeros auxilios básicos.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

- Coordinar un convenio entre la Facultad de Enfermería y las Instituciones Educativas de la localidad para realizar capacitaciones periódicas sobre primeros auxilios a los docentes de dichas instituciones, y de esa manera abrir campo práctico para los estudiantes del área de emergencias y desastres.

A LAS ESTUDIANTES DE PRE GRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

- Realizar trabajos sobre primeros auxilios comparando la parte cognitiva y práctica.
- Realizar una investigación sobre el nivel de conocimiento del docente en cuanto a la maniobra de reanimación cardiopulmonar y maniobra de Heimlich en docentes.
- Realizar estudios de investigación sobre primeros auxilios en accidentes escolares, más frecuentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Chávez O. Manual de Primeros Auxilios. 2010. Disponible en: <http://primeros-auxilios.idoneos.com>
- 2) OPS/OMS, Capacitación de Personal de Salud de Primeros Auxilios Lima Perú. 2006
- 3) Centro de noticias ONU. Europa: Cruz Roja destaca disparidades en conocimientos de primeros auxilios, 2009. Disponible en:
<http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=16442&criteri a1=Europa>
- 4) MINSA. Programa de Salud infantil. Perú. 2003. disponible en:
<http://www.gob.edu.pe/salud.infantil/cred.htm>
- 5) Alquezar M. Primeros auxilios en la educación física: Propuesta didáctica para primaria. Rev. Arista Digit. 2010; 3: 509 -16. Disponible en: <http://bit.ly/1BOIU7D>
- 6) Murillo T, Toapanta Glenda. Programa de capacitación sobre primeros auxilios para la comunidad educativa de la escuela “hermanos Pazmiño” de la parroquia eclesiástica de Cuicuno (tesis). Latacunga-Ecuador. Unidad Académica de Ciencias Administrativas y Humanísticas. Universidad Tecnológica Cotopaxi. 2012
- 7) Muñoz E. La actitud innovadora del docente ante los accidentes más comunes: el botiquín de primeros auxilios. Revista digital innovación y experiencias educativas. 2009. Disponible en: <http://bit.ly/1CbXqq2>
- 8) Navarrete R. La actuación del docente en educación física ante el accidente escolar. Revista Portal deportivo. 2010; 4: 1-15. Disponible en: <http://bit.ly/1xB7Cgg>.
- 9) Manual de Primeros Auxilios. Universidad Granada. Disponible:
<http://www.ugr.es/~gabpca/asfixia.htm>
- 10) Touriñán, J. M. Análisis conceptual de los procesos educativos formales, no formales e informales, Teoría de la Educación. Revista Interuniversitaria, (8), 55-80. 1996.
- 11) Alcalá A. la praxis Andragogica en los Adultos de Edad Avanzada. Caracas. (2000). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos6/prax/prax.shtml>
- 12) Alba R. Primeros auxilios dirigidos al personal docente del ámbito escolar. España. Revista Educativa hekademos, 17, Año VIII, Junio 2015. 85-92
- 13) Jimbo L, Espinoza D. Conocimientos y aplicación de primeros auxilios psicológicos por parte de los docentes en los colegios urbanos de Cuenca (tesis). Ecuador. Universidad de Cuenca. 2014

- 14) Carrasco R. Programa de capacitación en primeros auxilios dirigido a los docentes de la Unidad Educativa Distrital Anzoátegui, San José del Ávila (tesis). Caracas-Venezuela. Universidad Nacional Abierta. 2003
- 15) Cortez M, Pérez E. Conocimiento de los docentes sobre primeros auxilios en las escuelas (tesis). San Martín-Argentina. Universidad Nacional de Cuyo. 2011
- 16) Ríos R. Efectividad de un programa educativo “Pensando y actuando” en los conocimientos de los docentes de niños especiales sobre primeros auxilios en el Centro de Educación Básica Especial Reverenda Madre Mariana Carrigan, San Juan de Miraflores (tesis). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2010
- 17) Damas K. Valerio X. Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento y práctica sobre primeros auxilios en estudiantes de 4to de secundaria de la institución educativa Felipe Santiago Estenos Chacacayo (tesis). Lima-Perú. Universidad Ricardo Palma. 2014
- 18) Palavecino B., Otárola B., Dra. Mihovilovic C. Caracterización de los accidentes escolares atendidos en el servicio de urgencia del Hospital Roberto del Río en el año 2005. Revista pediatría electrónica 2009. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol6num2/pdf/3_CHARACTERIZACION.pdf
- 19) Fajardo M. Modelo educativo sobre emergencias escolares. Aquichan (Colombia) 2009; 9 (1):50-61. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74111465006>
- 20) Tenorio D, Marino EJ, Garzón ES, Castaño C, Acevedo A, William Martínez J. Efectividad de Intervenciones Educativas en Primeros Auxilios. Investigaciones Andinas (Colombia) 2009; 11(18):81-91. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=239016503007>
- 21) Guerra P. Eficacia de un taller educativo en el nivel de conocimientos sobre primeros auxilios en accidentes escolares en los docentes de la Institución Educativa Virgen del Carmen. San Juan de Lurigancho. [Tesis de Pregrado]. Lima: Universidad del Callao; 2011.
- 22) Cabezas L. Efectividad de un programa de capacitación en primeros auxilios desarrollado por la enfermera dirigido a estudiantes del tercer y cuarto año de educación secundaria del centro educativo Daniel A. Carrión de la Provincia de Chíncha. [Tesis de Pregrado]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 1991.
- 23) Normark P, Rohweder J. Bases Científicas de la Enfermería. México. La prensa médica; 1959. 25

- 24) Gaona V. Métodos y Técnicas didácticas. España: Separata ISPP; 2000.
- 25) Muñoz A. Vásquez J. Educación y efectividad. 2008. Disponible en: <http://www.rienei.org/deloslectores/1192Muñoz.pdf>.
- 26) Burns N. El estudio de la efectividad de las intervenciones enfermeras. Disponible en: <http://www.slideshare.net/VHIR/eva-abad>.
- 27) Choque R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Lima; 2005.
- 28) Rozas M. “La intervención profesional en relación con la cuestión social el caso del trabajo social”. Editorial Espacio. Buenos Aires pág. 25.
- 29) Medina J, Colina J, Costa S. La pedagogía del cuidado, Barcelona, Laertes; 1998-1999.
- 30) Duque Cardona S. Dimensión del cuidado de enfermería “Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento”. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0694.pdf>.
- 31) Ruiz R. los orígenes del concepto “Intervención educativa: reflexiones para mejorar la eficacia social de los programas educativos” Mayo 2005.
- 32) Organización panamericana de la salud. Salud oral “parte informativo” Washington D.C.: 2006. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/237920565/Proyecto-Ultimo-Final#scribd>
- 33) Lupaca V. Los métodos activos. Universidad Privada Tacna. Facultad de Educación. Perú, 2008.
- 34) Centro de Estudios y Capacitación Cooperativa R.L. Curso de Formación para formadores. 2014
- 35) Técnicas Andragógicas. Universidad Mariano Gálvez de Guatemala. Maestría en educación. Noviembre. 2014.
- 36) Ramírez A. Bloque II. Tema 5: Las técnicas grupales. La reunión del trabajo. Curso 2005-2006
- 37) Figueroa N. Curso: Fundamentos de Andragogia. Carrera: Educación Integral. Setiembre 2013.
- 38) Alarcón P. Taller de Andragogia: Métodos y Técnicas. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/19268975/Taller-de-Andragogia-Metodos-y-Tecnicas>
- 39) Herrán, A. Técnicas didácticas para una enseñanza más formativa. En N. Álvarez Aguilar y R. Cardoso Pérez (Coord.), Estrategias y metodologías para la formación del estudiante en la actualidad. Camagüey (Cuba): Universidad de Camagüey. 2011.

- 40) Yapunfé C. Los procesos pedagógicos en la sesión de aprendizaje. 2009. disponible en: <http://carlosyampufe.blogspot.pe/2009/04/los-procesos-pedagogicos-en-la-sesion.html>
- 41) Bunge M. La investigación científica, su estrategia y su filosofía. Séptima edición. Ed. Barcelona-Caracas-México: Ariel. 2007
- 42) Ministerio de Educación. Guía metodológica de evaluación de los aprendizajes en educación superior tecnológica. Primera edición. Ed. Perú; 2009
- 43) Alexander F, Sketch. Rev. Filosofía Univ. Costa Rica; 2000
- 44) Tools. P. Bueno, regular y malo: la ley en acción. Alemania: Terra firme; 2005
- 45) Alvarado J. Apuntes Médicos del Perú, Primeros Auxilios Control de Signos Vitales e Inyectables. Segunda edición. 2008
- 46) Cruz Roja Nacional Alemana. Prepárate con la Cruz Roja. 2010. Disponible en: <http://www.redcross.org/flash/bsd/sp/index.asp>
- 47) Cruz Roja Nacional Americana. Prepárate con la Cruz Roja. 2009. Disponible en: <http://www.redcross.org/flash/brr/sp/index.asp>
- 48) Zamudio E. Manual de Primeros Auxilios. Editorial Pacífico, Lima Perú. 1996
- 49) Gonzales R. Hospital General Honorio Delgado Espinoza. Manual de Primeros Auxilios, Arequipa. 1997. Pág. 55.
- 50) Torrent P. Urgencias y Emergencias Sanitarias. 2012. Disponible en: http://www.policia ciudadella.org/primers_auxilis/posicion_lateral_seguridad.PDF.
- 51) Hammerly Marcelo. Nuevo Tratado Medico. Editora Sudamericana. Buenos Aires – Argentina. 1980. Pág. 636
- 52) Huamán A. Hospital General Honorio Delgado Espinoza. Unidad de Quemados. Manual de atención al paciente quemado. Arequipa. 1998, pág. 10
- 53) Ccama M. Primeros auxilios en alumnos de 5to de secundaria de colegios estatales de la ciudad de Arequipa. 1995.
- 54) Gardiner H. Compendio de Urgencias Médicas. 2da. Edición. Editorial Marín S.A. España, 1998. Pág. 119
- 55) Salas F., Juárez D. Servicio de Salud y Riesgos Laborales de Centros Educativos. 2009. Dirección general de Personal Docente. Guía de Primeros Auxilios.
- 56) Villarreal R. Recomendaciones en Resucitación Cardiopulmonar del European Resuscitation Council. 2015. Disponible en: http://www.seslap.com/seslap/html/fcontinuada/pdf/nr_rcp.pdf

- 57) Carpio D. Medicina Familiar. 2012. Disponible en:
<http://mediblogdefamilia.wordpress.com/2007/12/09/soporte-vital-basico/>
- 58) Gutiérrez G. Parada cardiorrespiratoria y reanimación cardiopulmonar. 2008. Disponible en:
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion4/capitulo58/capitulo58.htm>
- 59) Cruz Roja de Venezuela. Expansión del papel como líder en Primeros Auxilios, 2003. Disponible en:
<http://www.cruzrojavenzolana.org/modules.php?name=News&file=article &sid=1>
- 60) Pérez C., Marchesse M. Intoxicaciones o envenenamiento. 2004. Recuperado del sitio web de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <http://www.urgenciauc.com/profesion/intoxicaciones.htm>
- 61) Blair P., Crubb M. Neurocardiogenic Syncope and Related Disorders of Orthostatic Intolerance. 2005. Circulation. Journal of The American Heart Association, 111, 29997-3006. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.104.482018H
- 62) Pérez R. Significados. 2013, online. Disponible en:
<http://www.significados.com/efecto/>
- 63) Duque S. Dimensión del cuidado de Enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento. Disponible en:
<http://tone.udea.co/revista/mar99/dimension.htm>
- 64) Fernández D. Significados. 2013. Online. Disponible en:
<http://www.significados.com/conocimiento/>
- 65) Diccionario médico. Diccionario médico de Primeros auxilios. Barcelona. 1987
- 66) Ministerio de educación. Ley n° 29062. Capítulo II. Artículo 3. Disponible en:
http://www.minedu.gob.pe/normatividad/leyes/ley_29062.php
- 67) Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación. 5ta edición. México. McGraw-Hill; 2010, pág. 136
- 68) Ojeda A. Influencia de medios audiovisuales en rendimiento escolar en la asignatura Ciencias Naturales del 2do grado de Educación Secundaria. Independencia – Puno 2001. Pág. 64

ANEXOS

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA DE TIEMPO
<p><u>VARIABLE INDEPENDIENTE:</u></p> <p>INTERVENCIÓN EDUCATIVA Es el conjunto de actividades educativas que ofrecen mayores beneficios a la salud, incluyendo la enseñanza por medio de técnicas participativas, lo cual producirá cambios de conducta al final del desarrollo de la intervención educativa dirigido a los docentes, en la ejecución. Se considera el recojo de saberes previos, sesiones educativas, demostración y evaluación.</p>	Método activo - demostrativo	<p><u>1RA SESIÓN:</u> APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO TEMA: “Primeros auxilios en heridas, fracturas y hemorragias” PASOS: RECUPERACIÓN DE SABERES PREVIOS: ○ Mediante lluvia de ideas. MOMENTO DE LA MOTIVACIÓN: ○ Técnica de motivación dinámica “telaraña” MOMENTO BÁSICO: ○ Trabajo grupal: Mediante técnica de infografía. - Concepto, tipos, características, signos y síntomas, primeros auxilios MOMENTO PRÁCTICO: ○ Demostración sobre los primeros en los temas mencionados. EVALUACIÓN: ○ Mediante la re-demostración. EXTENSIÓN: ○ Indicaciones para la siguiente sesión.</p> <p><u>2DA SESIÓN:</u> TEMA: “Primeros auxilios en quemaduras, envenenamiento y asfixias” PASOS: RECUPERACIÓN DE SABERES PREVIOS: ○ Mediante lluvia de ideas. MOMENTO DE LA MOTIVACIÓN: ○ Técnica de motivación dinámica “mar adentro – mar afuera” MOMENTO BÁSICO: ○ Trabajo grupal: Mediante técnica de estudio de casos. - Concepto, tipos, características, signos y síntomas, primeros auxilios MOMENTO PRÁCTICO: ○ Demostración sobre los primeros en los temas mencionados. EVALUACIÓN: ○ Mediante la re-demostración. EXTENSIÓN: ○ Indicaciones para la siguiente sesión.</p> <p><u>3RA SESIÓN:</u> TEMA: “Primeros auxilios en lipotimia y electrocución” PASOS: RECUPERACIÓN DE SABERES PREVIOS: ○ Mediante lluvia de ideas. MOMENTO DE LA MOTIVACIÓN: ○ Técnica de motivación dinámica “el alambre pelado”</p>	<p>15 minutos</p> <p>15 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>60 minutos</p> <p>90 minutos</p> <p>20 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>15 minutos</p> <p>10 minutos</p> <p>60 minutos</p> <p>90 minutos</p> <p>20 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>15 minutos</p> <p>10 minutos</p>

VAN...

VIENEN...

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA DE TIEMPO
		MOMENTO BÁSICO: ○ Trabajo grupal: Mediante técnica de cuartetos en rotación. - Concepto, características, signos y síntomas, primeros auxilios	60 minutos
		MOMENTO PRÁCTICO: ○ Demostración sobre los primeros en los temas mencionados.	90 minutos
		EVALUACIÓN: ○ Mediante la re-demostración.	20 minutos
		EXTENSIÓN: Indicaciones para la aplicación del post test	5 minutos
		APLICACIÓN DEL POST TEST	15 minutos

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ÍNDICE
<p><u>VARIABLE DEPENDIENTE:</u></p> <p>CONOCIMIENTO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN DOCENTES</p> <p>Es un conjunto de aprendizajes adquiridos por los docentes mediante, educación, información y experiencias vividas, que permiten aplicar Primeros Auxilios, relacionados a heridas, fracturas, hemorragias, quemaduras, convulsiones, lipotimia, asfixia y RCP básico, y poder dar un tratamiento inmediato y provisorio dado en casos de accidentes o enfermedad imprevista</p>	<p>CONOCIMIENTO TEÓRICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de primeros auxilios. • Principios generales de primeros auxilios • Primeros auxilios en traumatismos - Heridas - Fracturas 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento inmediato y provisorio dado en caso de accidente o enfermedad imprevista. • Asistir al accidentado inmediatamente, llevándolo al centro de Salud más cercano. • Tratamiento mediato dado en caso de accidente imprevisto. • Se hace cargo del caso • Examina al paciente • Da aviso al personal de salud • Da aviso a la familia • Da aviso a las autoridades <p>a) Medidas de atención básica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lava la herida • Cubre la herida • Deja como esta <p>b) Limpieza de la herida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con agua y jabón • Solo con agua • Aplicar alcohol <p>c) Cubrir la herida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con una tela limpia o gasa estéril • Dejar sin cubrir • Con cualquier tela <p>d) Priorización de traslado al S.S.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En heridas graves y profundas • En heridas leves y/o superficiales • A todas las heridas <p>e) Traslado al accidentado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de 6 horas • Después de 6 horas • En cualquier momento <p>a) Valoración de la fractura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor intenso • Ausencia el sangrado • Sangrado • Deformidad en la zona de la fractura • Perdida de fuerzas en el miembro fracturado 	<p>2 puntos</p> <p>1 punto</p> <p>0 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>1 punto</p> <p>0 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>1 punto</p> <p>0 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>1 punto</p> <p>0 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>1 punto</p> <p>0 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p>	<p>Bueno = 90 - 118 puntos</p> <p>Regular = 60 - 89 puntos</p> <p>Deficiente = 0 - 59 puntos</p>

VAN...

VIENEN...

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ÍNDICE
		b) Medidas de atención básica <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilizar el miembro fractura • Dejar como esta • Movilizarlo inmediatamente 	2 puntos 1 punto 0 puntos	Bueno = 90 - 118 puntos Regular = 60 - 89 puntos
		c) Con que se debe inmovilizar la fractura <ul style="list-style-type: none"> • Con férulas y vendas • Con un objeto sólido y de superficie plana y vendas • Solo con vendas 	2 puntos 1 punto 0 puntos	Deficiente = 0 - 59 puntos
		d) Forma de inmovilizar <ul style="list-style-type: none"> • Las tablas deben abarcar las articulaciones entre las que se encuentra la fractura • Las tablas deben de cubrir solo la zona de la fractura • Debe colocarse solo una tabla por debajo de la fractura 	2 puntos 1 punto 0 puntos	
		e) Forma de mantener el miembro fracturado <ul style="list-style-type: none"> • Elevado por encima el corazón • Horizontalmente a nivel del corazón • Por debajo del nivel de corazón 	2 puntos 1 punto 0 puntos	
		f) Forma de tratar la fractura de la columna <ul style="list-style-type: none"> • Echarlo e inmovilizarlo en una superficie plana • Dejar en el piso como esta • Sentarlo 	2 puntos 1 punto 0 puntos	
		g) Como tratar la fractura expuesta <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilizar y cubrir la zona fracturada con una tela limpia • Movilizar y cubrir la fractura con una tela limpia • Curar la herida y cubrir con una tela limpia. 	2 puntos 1 punto 0 puntos	
	- Hemorragias	a) Valoración de la hemorragia <ul style="list-style-type: none"> • Inconciencia • Palidez • Sudoración fría • Pulso débil y aumentado en frecuencia 	2 puntos 2 puntos 2 puntos 2 puntos	

VAN...

VIENEN...

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ÍNDICE
		b) Atención en casos de epistaxis <ul style="list-style-type: none"> • Taponar la fosa nasal sangrante • Colocar la cabeza echada hacia atrás • Lavar con agua la fosa nasal hasta que pare la epistaxis 	2 puntos 1 punto 0 puntos	Bueno = 90 - 118 puntos Regular = 60 - 89 puntos Deficiente = 0 - 59 puntos
		c) Posición correcta <ul style="list-style-type: none"> • Echado con las piernas elevadas • Echado con las piernas a nivel del cuerpo • Sentado 	2 puntos 1 punto 0 puntos	
		d) Como detectar la hemorragia <ul style="list-style-type: none"> • Cubrir con una tela limpia y presionar con las manos directamente la zona del sangrado • Colocar un vendaje ajustado a nivel de la herida • Colocar un torniquete ajustado 	2 puntos 1 punto 0 puntos	
		e) Otras medidas <ul style="list-style-type: none"> • Llevar inmediatamente al servicio de salud • Aflojar la ropa para facilitar la respiración • Curar la zona por donde se produce la hemorragia 	2 puntos 1 punto 0 puntos	
	- Quemaduras	a) Atención inmediata <ul style="list-style-type: none"> • Introducir en el agua fría • Cubrir la zona quemada con una tela seca • Aplicar otros elementos (aceite, cebolla, etc.) 	2 puntos 1 punto 0 puntos	
		b) Forma de tratar las ampollas <ul style="list-style-type: none"> • Dejarlas como están • Cubrir con una gasa estéril • Reventar las ampollas 	2 puntos 1 punto 0 puntos	
	- Electrocción	a) Atención inmediata <ul style="list-style-type: none"> • Desconectar la electricidad • Separarlo del cable • No acercarse 	2 puntos 1 punto 0 puntos	
		b) Como aislarse <ul style="list-style-type: none"> • Con un objeto de madera • Con un objeto de papel o goma • Con objeto de metal 	2 puntos 1 punto 0 puntos	

VAN...

VIENEN...

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ÍNDICE
		<p>c) Atención en caso de no haber respiración ni pulso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar maniobra del RCP • Llevarlo al servicio de salud • Dejarlo como esta. <p>d) Atención en caso de haber respiración y pulso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lateralizar la cabeza y cuerpo • Aflojar la ropa • Sentarlo <p>e) Atención en caso que recobre el conocimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizarlo y mantenerlo echado • Sentarlo y observar lesiones • Levantarlo y tranquilizarlo 	<p>2 puntos</p> <p>1 punto</p> <p>0 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>1 punto</p> <p>0 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>1 punto</p> <p>0 puntos</p>	<p>Bueno = 90 - 118 puntos</p> <p>Regular = 60 - 89 puntos</p> <p>Deficiente = 0 - 59 puntos</p>
	- Envenenamiento	<p>a) Valoración del envenenamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labios morados • Pupilas dilatadas • Frasco de veneno en la mano • Mal aliento <p>b) Medidas de atención en envenenamiento con cáusticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar de beber líquidos ácidos y llevar al Centro de salud • No dar nada y llevar al Centro de salud • Provocar el vomito <p>c) Medidas de atención en envenenamiento con raticidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar de beber agua o leche y llevar al C.S. • Provocar el vomito • Dar de beber líquidos ácidos y llevar al centro de salud. <p>d) Medidas de atención en envenenamiento con sedantes y/o somníferos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provocar el vómito dando de beber líquidos y llevar al C.S. • Mantener libres las vías respiratorias y llevar al centro de salud • Dar de comer alimentos y llevar al centro de salud. 	<p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>1 punto</p> <p>0 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>1 punto</p> <p>0 puntos</p> <p>2 puntos</p> <p>1 punto</p> <p>0 puntos</p>	
	- Lipotimia	<p>a) Valoración de la lipotimia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiración superficial • Palidez • Desvanecimiento. 	<p>2 puntos</p> <p>1 punto</p> <p>0 puntos</p>	

VAN...

VIENEN...

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ÍNDICE
	- Asfixia	b) Atención inmediata <ul style="list-style-type: none"> • Lateralización de cuerpo y cabeza • Aflojar la ropa y ventilarlo • Echarle agua a) Valoración de la asfixia <ul style="list-style-type: none"> • Labios y manos azulviolaseos • Manos al cuello • Ausencia de respiración b) Atención inmediata en atragantamiento <ul style="list-style-type: none"> • Rodear el abdomen y presionar hacia arriba • Golpear la espalda levantando los brazos • Echarlo y presionar hacia arriba en la boca del estomago c) Respiración artificial o RCP <ul style="list-style-type: none"> • Si • No d) Cuando realizar la respiración artificial <ul style="list-style-type: none"> • Si no respira y esta cianótico • Si esta inconsciente • Si esta pálido e) Cuando realizar el RCP <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de respiración y pulso • Pulso débil y rápido • Ausencia de respiración f) Maniobra correcta <ul style="list-style-type: none"> • Apertura de las vías respiratorias • Recostarlo con el cuello hiperextendido • Dar masajes cardiacos • Dar respiración boca a boca 	2 puntos 1 punto 0 puntos 2 puntos 1 punto 0 puntos 2 puntos 2 puntos 2 puntos 2 puntos 0 puntos 2 puntos 1 punto 0 puntos 2 puntos 1 punto 0 puntos 2 puntos 2 puntos 2 puntos 2 puntos	Bueno = 90 - 118 puntos Regular = 60 - 89 puntos Deficiente = 0 - 59 puntos

ANEXO B

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,.....de.....años de edad, con N° de DNI.....Domiciliado en el o la..... N°....., del barrio....., docente de la Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno; habiéndome explicado en forma clara y sencilla sobre el proyecto de investigación **“EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE PRIMEROS AUXILIOS EN EL CONOCIMIENTO DE LOS DOCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA SANTA ROSA PUNO, 2016”**; que efectuara la Tesista de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Del Altiplano, Bachiller Judhitsu Esther Apaza Melo; acepto participar voluntariamente en dicha investigación.

Habiendo sido informado de todo lo anteriormente señalado y estando en pleno uso de mis facultades mentales, es que suscribo el presente documento, en el que no perjudicara mi integridad física.

Fecha:...../...../.....

Firma

ANEXO C

CUESTIONARIO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CUESTIONARIO SOBRE PRIMEROS AUXILIOS
PARA DOCENTES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA
SECUNDARIA SANTA ROSA PUNO



Señor docentes, la presente encuesta tiene la finalidad de obtener información acerca del conocimiento que Ud. Posee sobre primeros auxilios prestados en alumnos de su institución en caso de accidente o enfermedad inesperada, mientras llega la asistencia del personal de salud. Por lo que se solicita la mayor sinceridad y seriedad al responder las interrogantes planteadas. Marque con una X la respuesta que Ud. Considere correcta. Por favor responda en forma individual y anónima.

I. DATOS GENERALES:

Grado y sección a la que enseña:..... Fecha:.....

Código:

II. LISTA DE PREGUNTAS:**CONCEPTUALIZACION**

1. ¿QUE ENTIENDE USTED POR PRIMEROS AUXILIOS?
 - Es el tratamiento inmediato y provisorio dado en caso de accidente o enfermedad imprevista.
 - Es asistir al accidentado inmediatamente, llevándolo al Centro de Salud más cercano.
 - Es el tratamiento mediato dado en caso de accidente imprevisto.

PRINCIPIOS GENERALES

1. CUANDO USTED ESTA FRENTE A UNA EMERGENCIA. ¿QUÉ HACE?
 - Se hace cargo del caso
 - Si
 - No
 - Examina al paciente
 - Si
 - No
 - Da aviso al personal de salud
 - Si
 - No
 - Da aviso a la familia
 - Si
 - No
 - Da aviso a las autoridades
 - Si
 - No

HERIDAS

1. ¿QUE HARIA USTED FRENTE A UNA HERIDA?
 - Cubrir la herida
 - Limpiar la herida
 - La deja como esta
2. ¿CON QUE DEBE HACER LA LIMPIEZA?
 - Lavar solo con agua
 - Con agua, alcohol y agua oxigenada
 - Con agua y jabón
3. LUEGO DE HABER LAVADO LA HERIDA ¿QUE DEBE HACER?
 - Cubrir la herida con una tela limpia.
 - Dejarlo sin cubrir hasta que seque, y luego cubrir.
 - Cubrir la herida con cualquier tela.
4. ¿A QUIENES DEBE LLEVAR AL SERVICIO DE SALUD?
 - A personas con una herida simple o superficial.
 - A personas con heridas graves y profundas.
 - A todas las personas con heridas.

5. EN CASO DE SER NECESARIA UNA SUTURA ¿EN QUE MOMENTO DEBE LLEVAR AL HERIDO AL SERVICIO DE SALUD?
- En cualquier momento
 - Antes de 6 horas de producida la herida
 - Antes de 8 horas de producida la herida

FRACTURA

1. ¿COMO RECONOCERIA UNA FRACTURA?
- Cuando manifiesta dolor intenso en la posible zona de fractura
 - Si
 - No
 - Cuando se observa sangrado
 - Si
 - No
 - Cuando hay ausencia de sangrado
 - Si
 - No
 - Se observa deformidad en la parte fracturada
 - Si
 - No
 - Pérdida de fuerza en el miembro fracturado
 - Si
 - No

2. ¿QUE DEBE HACER EN CASO DE FRACTURA?
- Inmovilizar el miembro afectado
 - Inmovilizar después de haber colocado en su posición
 - Inmovilizar el miembro de forma recta

3. SI SE INMOVILIZA ¿CON QUE SE DEBE REALIZAR?
- Con vendas
 - Con férulas y vendas
 - Con un objeto sólido y de superficie plana

4. ¿QUE ZONAS DEBE ABARCAR LA INMOVILIZACION DE LA ZONA FRACTURADA?
- Debe abarcar todo el miembro afectado.
 - Debe abarcar las articulaciones entre los que se encuentra la fractura
 - Debe abarcar la zona de fractura

5. ¿COMO DEBE DE MANTERSE EL MIEMBRO FRACTURADO LUEGO DEL ENTABILLADO?
- Horizontal al mismo nivel de corazón
 - Debajo del nivel del corazón.
 - Elevado por encima del nivel del corazón.

6. ¿COMO TRATARIA UNA FRACTURA DE COLUMNA?
- Levantarlo de pies y manos suavemente y colocarlo en una superficie plana
 - Inmovilizarlo en una superficie plana
 - Dejarlo en el piso como esta.

7. EN CASO DE FRACTURA EXPUESTA ¿QUE DEBE HACER?
- Dejar como esta
 - Realizar torniquete
 - Inmovilizar y cubrir la zona

HEMORRAGIAS

1. ADEMÁS DEL SANGRADO, QUE OTROS SIGNOS Y SINTOMAS RECONOCERIA EN UNA HEMORRAGIA
- Inconsciencia
 - Si
 - No
 - Palidez en la cara
 - Si
 - No
 - Sudoración fría
 - Si
 - No
 - Pulso débil y aumentado en frecuencia
 - Si
 - No

2. ¿COMO DETENDRIA UNA HEMORRAGIA EN MIEMBROS?
- Colocar un torniquete
 - Cubrir con una tela limpia y presionar con las manos
 - Colocar un vendaje ajustado a nivel de la herida

3. ¿EN QUE POSICION DEBE COLOCARSE A LA VICTIMA EN CASO DE HEMORRAGIAS?
- Sentarla
 - Echada con las piernas a nivel del cuerpo
 - Echada con las piernas elevadas

4. ¿QUE OTRA MEDIDA SE DEBE DE TOMAR?

- Aflojar la ropa para mejorar la respiración
- Cubrir y curar la zona de la hemorragia
- Llevar inmediatamente al servicio de salud

5. SI UNA PERSONA PRESENTARA SANGRADO POR LA NARIZ, ¿QUE HARIA USTED?

- Le taponaría la fosa nasal sangrante
- Lavaría las fosas nasales hasta que pare la hemorragia
- Le colocaría la cabeza echada hacia atrás

QUEMADURAS

1. ¿QUE HARIA USTED FRENTE A UNA QUEMADURA?

- Echar inmediatamente agua fría al miembro afectado
- Llevar inmediatamente al centro de salud
- Cubrir la zona quemada con una tela seca y limpia

2. EN CASO DE PRESENTARSE AMPOLLAS ¿QUE HARIA USTED?

- Dejar las ampollas como están
- Reventar las ampollas
- Cubrir con una tela

ELECTROCUCION

1. ¿QUÉ DEBE DE HACER EN CASO DE ELECTROCUCION?

- Separar a la víctima del cable que esté produciendo la electrocución
- Desconectar la electricidad
- No acercarse a la víctima para no ser electrocutado

2. ¿CÓMO SE DEBE DE AISLAR PARA NO EXPONERSE A LA ELECTROCUCIÓN?

- Utilizar un objeto de metal
- Utilizar algún objeto de papel o goma
- Utilizar un objeto de madera

3. EN CASO DE QUE NO HAYA REPIRACION NI PULSO ¿QUE DEBE DE HACER?

- Llevarlo al servicio de salud
- Dejarlo porque ya falleció
- Iniciar maniobra de RCP

4. EN CASO DE QUE HAYA PULSO Y RESPIRACION ¿QUE DEBE HACER?

- Lateralizar el cuerpo y la cabeza
- Echar boca abajo a la victima
- Aflojar la ropa

5. UNA VES QUE EL ELECTROCUTADO RECOBRE EL CONOCIMIENTO ¿QUE DEBE HACER?

- Tranquilizarlo y mantenerlo echado
- Levantarlo
- Revisar si tiene otras lesiones

ENVENENAMIENTO

1. ¿COMO RECONOCERIA EL ENVENAMIENTO SI LA VICTIMA ESTA INCONSCIENTE?

- Labios morados en la victima
 - Si
 - No

- Pupilas dilatadas

- Si
- No

- Frasco de veneno en la mano

- Si
- No

- Mal aliento

- Si
- No

2. EN CASO DE QUE EL ENVENENAMIENTO SEA POR CAUSTICOS, POR EJEMPLO, LEJIA ¿QUE HARIA USTED?

- Dar de beber líquidos ácidos y llevar al centro de salud.
- No dar nada y llevar al centro de salud
- Dar leche y provocar el vomito

3. EN CASO DE QUE EL ENVENENAMIENTO SEA POR RATICIDAS ¿QUE HARIA USTED?

- Provocar el vómito con líquidos y llevar al centro de salud
- Dar de beber leche y llevar al centro de salud.
- Dar de comer y llevar al centro de salud

4. EN CASO DE QUE EL ENVENENAMIENTO SEA POR SEDANTES Y/O SOMNIFEROS ¿QUE HARIA USTED?
- Dar alimentos y llevar al centro de salud
 - Provocar el vómito con líquidos y llevar al centro de salud
 - Mantener libres las vías respiratorias

LIPOTIMIA O DESMAYO

1. ¿COMO RECONOCERIA UN CASO DE LIPOTIMIA?
- Respiración superficial
 - Si
 - No
 - Palidez
 - Si
 - No
 - Desvanecimiento
 - Si
 - No
2. FRENTE A UN CASO DE DESMAYO ¿QUE HARIA USTED?
- Ventilarlo y hacerle oler alcohol
 - Lateralizar y cuerpo y cabeza
 - Sacudirlo para que reaccione

ASFIXIA

1. USTED RECONOCERIA UN CASO DE ASFIXIA PORQUE EL PACIENTE PRESENTA
- Cianosis (color azulado)
 - Si
 - No
 - Se lleva las manos al cuello
 - Si
 - No
 - No respira y no habla
 - Si
 - No

2. ¿QUE HARIA UD. FRENTE AUN CASO DE ASFIXIA POR ALIMENTOS U OTROS OBJETOS?
- Dar de beber agua
 - Maniobra Heimlich
 - Golpear en la espalda

3. ¿SABE USTED REALIZAR RESPIRACION ARTIFICIAL O LA REANIMACION CARDIOPULMONAR?
- Si
 - No

4. ¿EN QUE CASO REALIZARIA LA MANIOBRA DE RESPIRACION ARTIFICIAL?
- Si esta inconsciente
 - Si esta pálido
 - Si no respira y tiene cianosis

5. ¿EN QUE CASO REALIZARIA LA MANIOBRA DE LA REANIMACION CARDIOPULMONAR?
- Si no tiene respiración ni pulso
 - Si tiene pulso débil y rápido
 - Si no hay respiración

6. EN CASO DE REALIZAR LA MANIOBRA DE REANIMACION CARDIOPULMONAR ¿QUE DEBE DE HACER?
- apertura de las vías respiratorias
 - Si
 - No
 - Recostar a la víctima con el cuello hiperextendido
 - Si
 - No
 - Dar masajes cardiacos
 - Si
 - No
 - Dar respiración boca a boca
 - Si
 - No

**MUCHAS GRACIAS POR SU
COLABORACION**

ANEXO D

PLAN DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA

I. DATOS INFORMATIVOS:

- **Tema:** Primeros Auxilios
- **Fechas:** 08, 15 y 22 de Noviembre del 2016
- **Lugar:** Institución Educativa Secundaria Santa Rosa Puno
- **Duración:** 3 horas aprox. Para cada sesión educativa.
- **Participante:** Docentes de la I.E.S. Santa Rosa
- **Responsable:** Bach. En Enfermería Judhitsu Esther Apaza Melo

II. JUSTIFICACIÓN:

- La intervención de enfermería a través de la educación en salud utiliza diversos métodos, técnicas e instrumentos para promover y prevenir la salud del individuo en el campo laboral. En este propósito el Método activo - demostrativo constituye una herramienta más para el quehacer de enfermería, ya que proporciona la oportunidad para que el adulto que decide aprender, participe activamente en su propio aprendizaje. El cual va estar en condiciones de igualdad con sus compañeros y el facilitador.
- Los primeros auxilios se consideran los cuidados inmediatos, adecuados y temporales que se aplican a una persona, víctima de un accidente o situación de riesgo, en el lugar de los acontecimientos y antes de ser trasladado a un centro asistencial. A su vez, aplicar primeros auxilios permite colaborar en la preservación de la vida de los individuos, siempre y cuando sean aplicados de manera correcta y tratando de estabilizar al lesionado.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Informar a los docentes sobre los primeros auxilios en situaciones de urgencia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Al final de la sesión educativa un miembro de la audiencia estará en la capacidad de:

- Definir que son los primeros auxilios.
- Atender una herida.
- Atender una hemorragia
- Diferenciar entre los tipos de fractura
- Diferenciar entre los tipos de quemaduras
- Actuar ante una descarga eléctrica.
- Actuar ante envenenamientos.
- Identificar un caso de lipotimia
- Realizar la maniobra de Heimlich.

IV. RECURSOS:

- ⊙ RECURSOS HUMANOS: Los participantes y la expositora.
- ⊙ RECURSOS MATERIALES: imágenes, cartillas, lapiceros, hojas, fólderes, botiquín implementado

V. CONTENIDO:**PRIMEROS AUXILIOS****DEFINICION:**

Son los cuidados o la ayuda inmediata, temporal y necesaria que se le da a una persona que ha sufrido un accidente, enfermedad o agudización de esta hasta la llegada de un médico o profesional paramédico que se encargará, solo en caso necesario, del trasladado a un hospital tratando de mejorar o mantener las condiciones en las que se encuentra.

SEGURIDAD PERSONAL.

Para proporcionar una buena atención es fundamental el estar libres de riesgos para lo cual se toman diversas medidas para evaluar la escena donde ocurrió el accidente. Es la primera acción que se realiza y sirve para garantizar la integridad física.

Existen tres reglas de seguridad (SSS) para poder dar una buena atención a la persona que necesite de nuestra ayuda:

- Evaluación de la “escena”
- Checar la “seguridad”
- Evaluar la “situación”

Además es importante:

- Contar con el equipo de protección personal como guantes, googles, cubre bocas.
- La regla del yo: “**primero yo, luego yo y siempre yo**”, nunca olvidar que antes de prestar auxilio a un paciente, hay que evitar convertirse en víctima.
- Evitar la visión de túnel, que consiste en limitar el campo visual a un túnel donde se encuentra únicamente el paciente, sin evaluar el resto de la escena, compromete la seguridad del primer respondiente, ya que le impide identificar los riesgos potenciales para su persona.
- La evaluación de la escena se lleva a cabo con una vista panorámica total del lugar de abajo hacia arriba, de izquierda a derecha y de adelante a atrás. Se observa qué puede haber tirado, colgado, si hay líquidos con los que se pueda resbalar, cables, vidrios, animales, etc. Oír el paso de vehículos, voces de alarma, detonaciones, etc. OLER si hay gas, gasolina, fertilizantes, y demás sustancias potencialmente nocivas. En general aplicar todos los sentidos en búsqueda de peligros potenciales para el rescatador. ¿QUÉ PASÓ?, ¿CÓMO PASÓ?, ¿QUÉ PUEDE PASAR?

1. EVALUACIÓN PRIMARIA

Es la evaluación inicial que nos ayuda a identificar cuáles son las lesiones o condiciones que pueden poner en peligro la vida del paciente. Debe ser rápida y eficaz. Y aplica **para pacientes en quienes se ha demostrado la inconsciencia**

Para realizar esta evaluación se utiliza la nemotecnia **ABC**

- **A: “Airway” abrir vía aérea y control de cervicales.**
 - **B: “breath” ventilación.**
 - **C: “circulation” circulación y control de hemorragias.**
- A.** Que la vía aérea este abierta y sin riesgo de obstrucción. Se abre la boca en busca de algo que pueda obstruir la vía aérea, en caso de haber algo a nuestro alcance lo retiramos haciendo un barrido de gancho con el dedo índice, en caso de no haber nada vamos a hacer la técnica de inclinación de cabeza.
- B.** Se evalúa que la ventilación esté presente o no. Se utiliza la nemotecnia:
- **Ver:** el pecho del paciente (si sube y baja).
 - **Escuchar:** la respiración
 - **Sentir:** el aire que sale por la boca o nariz

Hay que determinar si respira por sí solo, con qué frecuencia y que tan profundas son las respiraciones.

- C.** Se determina la presencia de signos de circulación, como el pulso o la coloración de la piel, si está pálido, azulado; la temperatura corporal. Y revisar si presenta alguna hemorragia evidente.

2. EVALUACIÓN SECUNDARIA:

Se identifican las lesiones que por sí solas no ponen en peligro inminente la vida de nuestro paciente pero que sumadas unas a otras sí. Se buscan deformidades, hundimientos, asimetría, hemorragias, crepitaciones, etc.

Se realiza la evaluación palpando de la cabeza a los pies empezando por cabeza, cuello, tórax, abdomen, cadera, piernas, pies, brazos y columna vertebral.

3. TEMAS TRATADOS:

- Heridas
- Fracturas
- Hemorragias
- Quemaduras
- Envenenamiento
- Lipotimia
- Electrocutación
- Asfixia

VI. CRONOGRAMA:

FECHA: 08 de Noviembre del 2016 - HORA: 11.00 am						
Aplicación del cuestionario sobre primeros auxilios 15 minutos						
MOMENTOS	CONTENIDOS	MÉTODO	TÉCNICA	MATERIAL	RESPON.	TIEMPO
Recuperación de saberes previos	Recuperar lo que saben acerca de primeros auxilios en heridas, fracturas y hemorragias.	Activo	Lluvia de ideas	Recurso humano y de escritorio	Bach. Judhitsu Apaza y docentes	15 min.
Motivación	Introducir al tema		Telaraña	Recurso humano	Bach. Judhitsu Apaza y docentes	10 min.
Básico	Concepto tipos características signos y síntomas y primeros auxilios, en heridas, fracturas y hemorragias.	Activo	Infografía	Recurso humano y de escritorio.	Bach. Judhitsu Apaza y docentes	60 min
Práctico	Técnica de dar primeros auxilios en los temas mencionados	Demostrativo	Demostración	Recurso humano y material	Bach. Judhitsu Apaza y docentes	90 min.
Evaluación	Análisis de los aprendido	Demostrativo	Re demostración	Recurso humano y material	Bach. Judhitsu Apaza y docentes	20 min
Extensión	Invitación para la siguiente sesión.			Recurso humano		5 min.

FECHA: 15 de Noviembre del 2016 - HORA: 11.00 am						
MOMENTOS	CONTENIDOS	MÉTODO	TÉCNICA	MATERIAL	RESPON.	TIEMPO
Recuperación de saberes previos	Saberes acerca de primeros auxilios en quemaduras, envenenamiento y asfixia.	Activo	Lluvia de ideas	Recurso humano y de escritorio	Bach. Judhitsu Apaza y docentes	15 min.
Motivación	Introducir al tema		Mar adentro mar a fuera.	Recurso humano	Bach. Judhitsu Apaza y docentes	10 min.
Básico	Concepto tipos signos y síntomas y primeros auxilios, en quemaduras, envenenamiento y asfixia.	Activo	Estudio de casos	Recurso humano y de escritorio.	Bach. Judhitsu Apaza y docentes	60 min
Práctico	Técnica de dar primeros auxilios en los temas mencionados	Demostrativo	Demostración	Recurso humano y material	Bach. Judhitsu Apaza y docentes	90 min.
Evaluación	Análisis de los aprendido	Demostrativo	Re demostración	Recurso humano y material	Bach. Judhitsu Apaza y docentes	20 min
Extensión	Invitación para la siguiente sesión.			Recurso humano		5 min.

FECHA: 22 de Noviembre del 2016 - HORA: 11.00 am						
MOMENTOS	CONTENIDOS	MÉTODO	TÉCNICA	MATERIAL	RESPON.	TIEMPO
Recuperación de saberes previos	Saberes acerca de primeros auxilios en lipotimia y electrocución.	Activo	Lluvia de ideas	Recurso humano y de escritorio	Bach. Judhitsa Apaza y docentes	12 min.
Motivación	Introducir al tema		El alambre pelado	Recurso humano	Bach. Judhitsa Apaza y docentes	8 min.
Básico	Concepto tipos signos y síntomas y primeros auxilios, en lipotimia y electrocución.	Activo	Cuartetos en rotación	Recurso humano y de escritorio.	Bach. Judhitsa Apaza y docentes	40 min
Práctico	Técnica de dar primeros auxilios en los temas mencionados	Demostrativo	Demostración	Recurso humano y material	Bach. Judhitsa Apaza y docentes	60 min.
Evaluación	Análisis de los aprendido	Demostrativo	Re demostración	Recurso humano y material	Bach. Judhitsa Apaza y docentes	13 min
Extensión	Agradecimiento por la colaboración			Recurso humano	Bach. Judhitsa Apaza	2 min.

VII. EVALUACION:

FICHA DE COTEJO		
	SI	NO
- Definir que son los primeros auxilios.		
- Atender una herida.		
- Atender una hemorragia		
- Atender una fractura cerrada		
- Atender una quemadura de I° grado		
- Actuar ante una descarga eléctrica.		
- Actuar ante envenenamientos.		
- Actuar ante caso de lipotimia		
- Realizar la maniobra de Heimlich.		

VIII. BIBLIOGRAFÍA:

- Alcalá A. la praxis Andragogica en los Adultos de Edad Avanzada. Caracas. (2000). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos6/prax/prax.shtml>
- Osorio B. “Teoría Andragogica de Knowles Y Kapp”. Universidad de Carabobo, Venezuela. Adaptación; Lic. Byron Osorio. Venezuela 2009. Disponible en: <http://experienciadeaprendizajemediado.blogspot.com/2009/02/teoria-andragogica-de-knowles-y-kapp.html>
- Centro de noticias ONU. Europa: Cruz Roja destaca disparidades en conocimientos de primeros auxilios, 2009. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=16442&criteria1=Europa>
- Cruz Roja de Venezuela. Expansión del papel como líder en Primeros Auxilios, 2003. Disponible en: <http://www.cruzrojavenzolana.org/modules.php?name=News&file=article &sid=1>

ANEXO E

TABLA E.1
PRUEBA ESTADÍSTICA EMPAREJADA

PRUEBA DE MUESTRAS EMPAREJADAS									
		DIFERENCIAS EMPAREJADAS					t	Gl	Sig. (bilateral)
		MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MEDIA DE ERROR ESTÁNDAR	95% DE INTERVALO DE CONFIANZA DE LA DIFERENCIA				
					INFERIOR	SUPERIOR			
P. 1	Principio General – A. principio general	6,58824	2,38833	,40959	5,75491	7,42156	16,085	34	,000
P. 2	Heridas – A. Heridas	2,35294	2,01332	,34528	1,65046	3,05542	6,815	34	,000
P. 3	Fractura – A. fractura	8,26471	2,39075	,41001	7,43053	9,09888	20,157	34	,000
P. 4	Quemadura – A. quemadura	1,17647	1,26660	,21722	,73453	1,61841	5,416	34	,000
P. 5	Electrocución – A. Electrocución	4,02941	1,89873	,32563	3,36691	4,69191	12,374	34	,000
P. 6	Envenenamiento – A. Envenenamiento	5,64706	2,72900	,46802	4,69487	6,59925	12,066	34	,000
P. 7	Lipotimia – A. lipotimia	3,52941	1,98838	,34100	2,83563	4,22319	10,350	34	,000
P. 8	Asfixia – A. Asfixia	12,55882	3,17367	,54428	11,45148	13,66617	23,074	34	,000
P. 9	Primeros auxilios – A. primeros auxilios	44,14706	4,41164	,75659	42,60776	45,68635	58,350	34	,000

TABLA E.2

ESTADÍSTICAS DE MUESTRAS EMPAREJADAS					
		MEDIA	N	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MEDIA DE ERROR ESTÁNDAR
Par 1	Principio general	11,7941	34	,47860	,08208
	A. Principio general	5,2059	34	2,45911	,42173
Par 2	Heridas	8,5882	34	1,37329	,23552
	A. Heridas	6,2353	34	1,74180	,29872
Par 3	Fractura	18,7059	34	1,56727	,26878
	A. fractura	10,4412	34	2,56067	,43915
Par 4	Quemadura	3,6471	34	,59708	,10240
	A. quemadura	2,4706	34	1,16086	,19909
Par 5	Electrocución	9,0588	34	,91920	,15764
	A. electrocución	5,0294	34	1,60464	,27519
Par 6	Envenenamiento	11,6471	34	1,27641	,21890
	A. Envenenamiento	6,0000	34	2,51058	,43056
Par 7	Lipotimia	7,5000	34	,56408	,09674
	A. lipotimia	3,9706	34	1,83378	,31449
Par 8	Asfixia	21,2647	34	1,05339	,18065
	A. Asfixia	8,7059	34	3,28015	,56254
Par 9	Primeros auxilios	92,2059	34	3,53150	,60565
	A. primeros auxilios	48,0588	34	6,14936	1,05461

ANEXO F

ELABORACION DE UN MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS EN CONJUNTO CON LOS DOCENTES

MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS

!!Docentes en acción !!

SALVANDO VIDAS

Primeros auxilios para todos, en todo lugar

ELABORADO POR: DOCENTES DE I.E.S. SANTA ROSA Y BACHI, EN ENFERMERIA JUDHITSA ESTHER APAZA MELO



GENERALIDADES

Se llama primeros auxilios al tratamiento que se da en forma inmediata y provisional a la víctima de un accidente o enfermedad repentina en el mismo lugar en donde ocurren los acontecimientos.

OBJETIVOS DE LOS PRIMEROS AUXILIOS

La finalidad de los primeros auxilios es salvar la vida de la víctima e impedir la agravación de sus lesiones; esto reducirá el sufrimiento y la pondrá en las mejores condiciones para que reciba el tratamiento definitivo, que estará a cargo de un médico.

- Conservar la vida.
- Evitar complicaciones físicas y psicológicas.
- Ayudar a la recuperación.
- Asegurar el traslado de los accidentados a un centro asistencial.

Aunque los primeros auxilios no reemplazan a la atención médica, pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte de la víctima.

¿QUIÉN DEBE PRESTAR LOS PRIMEROS AUXILIOS?

Ante una situación de emergencia, y a falta de otra persona con igual o mayor preparación que se haga cargo de la víctima, quien posea conocimientos de primeros auxilios deberá, por razones de humanidad, encargarse de prestarlos.



CÓMO ACTUAR ANTE UNA EMERGENCIA:

En toda situación de emergencia existen tres pasos iniciales, que deben realizarse en el siguiente orden (P.A.S) y lo más rápidamente posible:

- P**rotección: determinar la seguridad del escenario
- A**ctivar el sistema de emergencia: pedir ayuda médica
- S**ocorrer a la víctima

HERIDAS

LAS HERIDAS

1.- ¿QUÉ SON LAS HERIDAS?

La herida es la rotura producida en la piel o en las mucosas por acción de un objeto o una situación

2.- ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE HERIDAS?

De acuerdo al agente causante:

a. EROSIÓN O RASPADURA:

Es el roce violento de una superficie áspera contra la piel (raspadura de rodilla, codos, etc.)



En las raspaduras se pueden quedar pequeños fragmentos del material, objeto que le produjo la herida, por ejemplo: granos de arena, u otros **HAY QUE EXTRAER CUALQUIER GRANO DE ARENA O DE SUCIEDAD DE UNA HERIDA ANTES DE CURARLA. ¡NO QUEREMOS QUE SE INFECTE!**



1. Lavarse bien las manos con agua y jabón Utilizar guantes si lo tuviere
2. Todo objeto que toque la herida debe estar limpio (alcohol)
3. Evite hablar, toser o estornudar sobre la herida pues eso proyecta gotas de saliva que contaminaran la herida
4. En todo procedimiento hablar con el niño, calmarlo, llamarlo por su nombre, darle confianza

PRECAUCIONES:

- 1.-En general, toda herida (y sobre todo las punzantes ocasionadas por clavos o alambres) conllevan al riesgo de tétanos, por lo cual es importante acudir a un médico, quien decidirá la necesidad de prescribir el tratamiento preventivo respectivo.
- 2.-Evite aplicarle alcohol directamente sobre la herida, pues este producto provoca gran irritación y retarda la cicatrización.
- 3.-No aplique cremas o ungüentos que contengan corticoides, salvo prescripción médica.

Erosión:

- 1.- Lavarse las manos con agua y jabón, antes de actuar
- 2.- Lavar la herida con agua a chorro y jabón, tratando de eliminar restos de cuerpos extraños, tal como arena, piedrecillas, etc.
- 3.- Secar bien la herida y cubrirlo con una gasa estéril o una tela limpia y planchada.



b. PUNZANTES:

Es producida por un instrumento agudo (clavo, aguja, punzón, etc.)



c. CORTANTE:

Producida por un instrumento filoso (cuchillo, vidrio, tijera, Gillette).



d. CONTUSA:

Causada por un instrumento romo (no punttagudo), mayormente producida por golpes (piedra, martillo, caídas, etc.)



3.- ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS HERIDAS?

- ◆ Dolor
- ◆ Sangrado
- ◆ Separación de bordes
- ◆ Hinchazón
- ◆ Ardor
- ◆ Cambio de color de la piel

4.- PRINCIPIOS GENERALES PARA LA CURACION DE HERIDAS:

Al proceder a curar cualquier tipo de herida se tendrá en cuenta estos principios con el fin de prevenir el riesgo de infección:

Punzante:

- 1.- Lavarse las manos con agua y jabón, antes de actuar
- 2.-Presionar suavemente la herida para que sangre y arraste los contaminantes
- 3.-Lavar la herida con agua y jabón.



- 4.-Si el objeto punzante atravesó el miembro, déjelo, no lo saque, porque al manipularlo puede hacer más daño
- 5.- Llevar al alumno al centro de salud más cercano



cercano



Cortante:

- 1.- Lavarse las manos con agua y jabón, antes de actuar
- 2.- Si hay hemorragia, aplicar presión directa en la zona afectada durante cinco minutos, si hay mucho sangrado, elevar el miembro afectado hasta que pare la hemorragia
- 3.- Secar bien la herida y cubrirlo con una gasa estéril o tela limpia y planchada



4.- Si la herida es muy limpia y de bordes regulares, juntar los bordes con un esparadrapo, en forma de mariposa



5.- Si la herida es muy profunda o si no deja de sangrar, llevar al alumno al centro de salud más cercano haciendo compresión directa durante el trayecto.



Contusa:

- 1.- Lavarse las manos con agua y jabón, antes de actuar
- 2.- Lavar la herida con agua y jabón
- 3.- Aplicar frío o paños de agua fría o hielo, pero no directamente a la piel, sino envuelto con un pañuelo o tela limpia



Las cremas o polvos para heridas no son necesarias para curación de las heridas

El lavado de manos es Esencial !!!!!



LA ASFIXIA



1.- ¿QUE ES LA ASFIXIA?

Es una disminución de TOTAL O PARCIAL de la función respiratoria por falta de oxígeno respirable, por lo cual el oxígeno no puede llegar a las células del organismo



2.- ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE ASFIXIA?

Existen distintos tipos de asfixia como:

- Por ahogamiento
 - Por atragantamiento
 - Por gases tóxicos
 - Por sofocación, falta de aire o ausencia de mecánica respiratoria
 - Por estrangulamiento
-
-
-
-
-

3.- ¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE UNA PERSONA QUE SUFRE DE ASFIXIA POR ATRAGANTAMIENTO?

Cuando una persona se encuentra en la situación de asfixia, lo primero que hace es agarrarse la garganta con la mano.

- Dificultad para respirar
- No emite sonido
- Adquiere un color azul en las uñas y labios hasta perder el conocimiento

4.-PRIMEROS AUXILIOS – A SFIXIA POR ATRAGANTAMIENTO

a. Si la víctima tose y puede hablar es porque todavía no está totalmente atragantada

- Asístala y estímulela que siga tosiendo fuerte para que expulse por completo el cuerpo extraño
- Mantenga bajo observación hasta que se mejore, y este atento para actuar en caso de que pueda desarrollar una obstrucción grave de la vía aérea.



La maniobra más eficaz para la expulsión de un cuerpo extraño es la TOS; por lo tanto si al víctima esta consciente debe animársele a toser energicamente

b. Si la víctima no puede respirar, tose y hablar, pero esta consciente: auxíliela en forma inmediata:

- **Revisale la cavidad oral** para ver si es posible extraer el cuerpo extraño con sus dedos, **peor nunca realice exploración digital a ciegas**, pues podría introducir aún más el cuerpo extraño.

- Efectuar compresiones (por debajo del diafragma) hacia adentro y hacia arriba contar el cuerpo del auxiliador
- Repita hasta 5 veces



No invierta más de unos cuantos segundos e hacer esto. Si no es posible extraer el cuerpo extraño con los dedos se debe:

- **Aplique 5 palmadas en la espalda**, de la siguiente manera:
 - o Coloque se al lado y ligeramente detrás de la víctima.
 - o Sujétete el pecho con una mano detrás de la víctima.
 - o Sujete el pecho con una mano y recline a la víctima hacia delante, de modo que cuando el cuerpo extraño se mueva salga fuera de la boca en lugar de bajar aún más por la vía respiratoria



Apíquele hasta 5 palmadas fuertes en el centro de la espalda, entre los hombros con el talón de la mano

Compruebe si cada palmada en la espalda ha sido capaz de aliviar la obstrucción. El propósito es liberar la obstrucción con cada palmada en lugar de dar necesariamente las 5 palmadas

- > Si con las 5 palmadas en la espalda no se consigue aliviar la obstrucción. Aplique la **MANIOBRA DE HEIMLICH**

La finalidad de esta maniobra es comprimir los pulmones de la víctima, provocando una "tos artificial" que movilizará y facilitará la expulsión del cuerpo extraño:

- Tomar a la persona desde atrás con el puño de una mano cerrada y rodeando esta mano con la otra, 2 dedos por arriba del ombligo
- Poniendo ambos brazos alrededor de la parte superior de su abdomen
- Introduzca una de sus piernas entre las del paciente
- Incline hacia delante a la víctima



LAS FRACTURAS



1.- ¿QUÉ SON LAS FRACTURAS?

Es la ruptura de un hueso a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.



2.- ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE FRACTURA?

Existen distintas formas de clasificarlas, pero la más importante y que debemos conocer en primeros auxilios es la que se relaciona con la presencia o ausencia de heridas que acompañan la fractura:



FRACTURA CERRADA.- Es cuando el hueso está roto, pero no queda expuesto al exterior.

FRACTURA ABIERTA.- cuando los extremos del hueso roto quedan expuestos al exterior a través de una herida, comúnmente van acompañados de sangrado



Las fracturas abiertas se atienden de la siguiente manera:

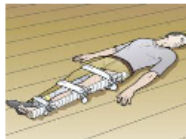
- 1.- Adueste al herido
- 2.- Detenga el sangrado de inmediato (ver capítulo de hemorragias)
- 3.- Si el hueso se asoma a través de la herida, no intente hacerlo regresar a su lugar
- 4.- Cubra la herida con una gasa o tela limpia hasta la llegada de ayuda profesional



No debe trasladarse a la víctima sin haberle movilizado previamente la fractura

FRACTURAS CERRADAS

La finalidad de los primeros auxilios en caso de la fractura cerrada es inmovilizar la parte lesionada para evitar que los extremos del hueso roto se desplacen, lo cual origina gran dolor y puede provocar mayores daños al paciente



El vendaje que haremos será provisional hasta trasladarlo a un centro de salud

Al usar vendajes, es importante que no quede muy apretado, ya que puede impedir la circulación de la sangre del miembro afectado



3.- ¿CÓMO RECONOCER UNA FRACTURA?

- **Dolor:** es intenso y se localiza en el sitio de la fractura. Aumenta cuando se moviliza el área lesionada, o cuando se presiona en esa zona.

- **Impotencia funcional:** esto quiere decir que la víctima es incapaz de mover la parte afectada. En ocasiones este signo puede no presentarse, por ejemplo cuando el hueso no se ha roto por completo.

- **Deformidad:** la parte lesionada pierde su forma normal. La deformidad no siempre acompaña a las fracturas, pero puede ocurrir, y se comprueba comparando el lado afectado con el lado sano del cuerpo.



- **Movilidad anormal:** se evidencia cuando un miembro puede moverse en un lugar donde no existe articulación.

4.- ¿Cuáles son las causas de sufrir una fractura?

- Caída desde una altura
- Accidentes automovilísticos
- Golpe directo
- Maltrato infantil



- Fuerzas repetitivas, como las que se presentan cuando un niño(a) corre, pueden ocasionar fracturas por estrés en los pies, los tobillos, la tibia o la cadera

5.-PRIMERO AUXILIOS

FRACTURA ABIERTA

Este tipo de fracturas se acompañan de gran dolor, sangrado y mayor grado de infección.



LAS QUEMADURAS



1.- ¿QUÉ ES UNA QUEMADURA?

Son un tipo específico de lesión térmica de los tejidos blandos causada por acción del calor o contacto con sustancias químicas

La gravedad de una quemadura depende de la profundidad del compromiso de los tejidos



2.- ¿CUÁLES SON LOS TIPOS QUEMADURAS?



QUEMADURAS DE PRIMER GRADO

Es una quemadura superficial, solo afecta, a la primera capa de la piel.

QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO

Es una quemadura que afecta a las dos primeras capas de la piel



QUEMADURAS DE TERCER GRADO:

Signos y síntomas:

- El tejido quemado degenera a causa de la violenta deshidratación.
- Las cicatrices pueden provocar deformaciones.
- La piel puede tornarse de color rojo brillante, blanco ceroso
- No se observan ampollas.
- No son dolorosas, ya que la lesión destruyó las terminaciones nerviosas.
- La piel se ve seca y con apariencia de cuero
- Siempre requiere atención médica, así la lesión no sea extensa.



4.- ¿CUÁLES SON LOS PRIMEROS AUXILIOS EN CASO DE QUEMADURAS?

PRIMEROS AUXILIOS - PRIMER GRADO

1.- Inmediatamente después de sufrir una pequeña quemadura superficial, ponga el área quemada bajo un chorro de agua fría (limpia)



2.- Cubrir la zona con una gasa o tela limpia fijada con esparadrapo

PRIMEROS AUXILIOS -SEGUNDO GRADO

Colocar el miembro afectado sobre un chorro de agua fría durante unos 15 o 20 minutos.



Si hay ampollas NO REVENTARLAS



QUEMADURAS DE TERCER GRADO

Este tipo de quemadura destruye todas las capas de la piel. El daño tisular se extiende hasta el tejido subcutáneo (grasa).

Generalmente es en caso de incendio o por electricidad.

3.- ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LAS QUEMADURAS?

QUEMADURAS DE PRIMER GRADO:

Signos y síntomas:

- Dolor intenso, tipo ardor
- Humedecimiento
- Enrojecimiento de la piel
- Inflamación
- Con frecuencia cicatrizan en 3 a 7 días y, en general
- No dejan marcas



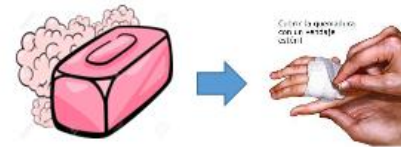
QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO:

Signos y síntomas:

- Enrojecimiento y mucho ardor
- Aparecen ampollas llenas de agua
- Son extremadamente dolorosas produciendo un dolor e inflamación intensa.
- Cicatrizan en 10 a 21 días, pero dejan un cambio en el color y la pigmentación de la piel.



- Si la ampolla se reventara
- Lavar con agua y jabón
- Cubre la zona con una gasa o tela limpia



PRIMEROS AUXILIOS - TERCER GRADO

En esta situación nos limitaremos a retirar el material extraño de la zona afectada, pero sin intentar arrancarlo, si hay ropa pegada se cortará, alrededor con una tijera.

- Luego debemos cubrir el área quemada con una gasa, tela limpia o con una sábana limpia
- Darle a beber abundantes líquidos, para evitar la deshidratación
- Trasladarlo a un hospital inmediatamente



HEMORRAGIAS

- Pulso rápido y débil.
- Dificultad para respirar.
- Náuseas, vómitos y sudoración fría.
- Sequedad de lengua, voz suave y débil
- Pérdida de conocimiento

¿Cómo actuar?

Que hacer en caso de hemorragia interna:

HEMORRAGIA INTERNA

La hemorragia interna no puede verse, pero puede sospecharse su existencia: si después de un accidente la persona está pálida y débil, con la piel fría y su pulso es alto, es probable que sufra una hemorragia interna.

La única ayuda que puede brindar en estos casos es:

- 1.- Acostar al paciente y aflojarle las prendas de vestir.
- 2.- Mantenerlo confortablemente abrigado hasta la llegada del médico, o trasladarlo lo más pronto posible al centro asistencial más cercano.



- Prevenir la posibilidad que sobrevenga el vómito no se debe administrar nada por la boca
- Evitar movimientos bruscos

LAS HEMORRAGIAS

1.- ¿QUE ES UNA HEMORRAGIA?

La sangre normalmente circula dentro de vasos sanguíneos denominados arterias y venas. Las hemorragias ocurren cuando se rompen los vasos sanguíneos y la sangre se derrama fuera de ellos.

2.- ¿CUALES SON LOS TIPOS DE HEMORRAGIA?

Según el sitio en donde se derrama la sangre las hemorragias se clasifican en:

- **Externa (visibles):** Cuando la sangre se derrama al exterior del cuerpo a través de una herida. Fácil de reconocer a simple vista
- **Interna (no visible):** se Cuando la sangre se derrama dentro de alguna cavidad interna del cuerpo



3.- ¿CUALES SON LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS HEMORRAGIAS?

Si se observan estos signos y síntomas, lo más probable es que usted se encuentre frente a una hemorragia:



- Palidez
- Pérdida de sangre
- Debilidad creciente
- La piel se torna fría y pálida.
- Presión baja.



QUE HACER EN CASO DE HEMORRAGIA EXTERNA:

Si la hemorragia es abundante el principal peligro es que la víctima deje de respirar y muera. Por lo tanto, se intentará contener de inmediato el sangrado.

Si el sangrado es abundante:

- 1.- Acostar al paciente y aflojar la ropa ajustada.
- 2.- Enviar a alguien por ayuda, mientras Ud. intenta contener la hemorragia.
- 3.- Retire la ropa suficiente para poder ver las heridas con claridad.
- 4.- Preferiblemente utilice guantes, bolsas plásticas para atender a la víctima.

RECUERDE:

- Lávese las manos con agua y jabón antes de actuar
- Evite el contacto directo con la sangre o secreciones

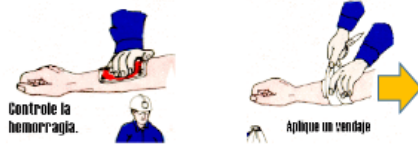
HEMORRAGIA EXTERNA

A.- PRESION DIRECTA:

Es el método más eficaz, la mayoría de hemorragias son controladas con este método consiste:

1. Ejercer presión manual directamente sobre la herida sangrante con una gasa limpia, de no contar con ello use un pañuelo u otra tela limpia, se mantiene la presión manual constante por 10 a 30 minutos.
2. Una vez detenida la hemorragia coloque un vendaje que comprima la zona de hemorragia y traslade al paciente al hospital.

NOTA: NO INTENTE REVISAR LA HERIDA PUES EL SANGRADO PODRIA REINICIARSE

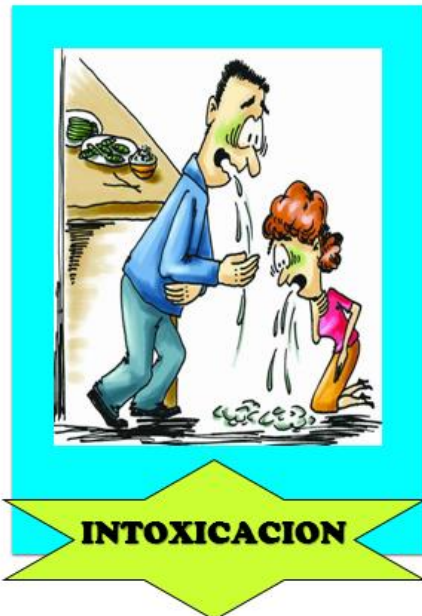


En caso que la primera gasa o tela se empape de sangre no retirarlo, coloque una nueva gasa o tela limpia sobre la anterior ejerciendo presión

Si la hemorragia es producida en una extremidad y no hay huesos fracturados, juntamente con la compresión se realiza la elevación:

B.- ELEVACION:

Consiste en elevar la zona sangrante por encima del nivel del corazón, al realizar este procedimiento disminuirá la fuerza con que la sangre llega a la herida y ayudara contener el sangrado



Sangrado Nasal ¿Cómo detenerlo?

- El paciente debe estar sentado o de pie inclinado ligeramente hacia delante, para evitar la deglución de la sangre.
- Inclina la cabeza hacia delante y presiona la nariz, con dirección hacia abajo, el hecho de aplicar presión ayuda a cortar la hemorragia y generalmente la nariz deja de sangrar si se ejerce una presión constante durante 10 minutos
- Aplicar un paño humedecido de agua fría.



Si te está sangrando la nariz, no te sientes. Si lo haces, podrías aumentar la hemorragia, tampoco inclines al cabeza hacia atrás. Esta práctica habitual haría que la sangre te bajara por la garganta. Si te tragaras sangre podrías vomitarla

Una vez cortada la hemorragia, no levantes objetos pesados ni realices otras actividades que requieran esfuerzo

LAS INTOXICACIONES O ENVENENAMIENTO



1.- ¿QUÉ ES UNA INTOXICACION?

Una Intoxicación es causada por la exposición a una sustancia dañina. Esto puede suceder por ingestión, inyección, inhalación o por otro medio. La mayoría de las intoxicaciones ocurren por accidente.

Una intoxicación es la entrada de un tóxico en el cuerpo en cantidad suficiente como para producir un daño.

2.- ¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE INTOXICACION?

Según la vía de entrada, existen diversos tipos de intoxicaciones:

- **Vía digestiva:** Consumo de alimentos contaminados o en mal estado, por un exceso en la toma de medicamentos, alcohol



- **Vía inhalatoria:** Se produce al inhalar gases tóxicos, como el monóxido de carbono, sustancias volátiles como aerosoles, o también por el consumo de drogas inhaladas.

- **A través de la piel y mucosas:** Causada por mordeduras o picaduras, por la manipulación



de plantas venenosas sin protección, el mal uso de pesticidas e insecticidas.

- **Via endovenosa:** Pasa directamente al torrente sanguíneo, por ejemplo por sobredosis de drogas o medicamentos.

3.- ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LAS INTOXICACIONES?

Los síntomas varían según el tóxico, pero pueden incluir:

- Dolor abdominal
- Dificultad para respirar o falta de aliento
 - Vertigo
 - Visión doble
 - Dolor de cabeza
 - Náuseas y vómitos
- Entumecimiento y hormigueo
- Convulsiones
- Erupción cutánea o quemaduras
- Debilidad



¿Cómo actuar?

EN CASO DE INGESTION TOXICA POR VIA ORAL

- Se debe identificar la sustancia y estimar la cantidad ingerida.
- Si el afectado vomita, limpiar el vómito procurando que no entre en contacto con la



piel. Si se ha manchado las ropas, limpiarle y cambiarle.

- Recoger el vómito para analizarlo.
- Mantener a la víctima cómoda y vigilada.

EN CASO DE INHALACIÓN DE UN TÓXICO



• Retirar a la persona del foco de intoxicación, alinear si es una habitación. Para ello asegúrese de que no suponga un peligro real. Tome aire y contenga la respiración. Use mascarillas, o pedazos de tela en la boca y la nariz.

- Comprobar respiración. Si no respira, proceder a realizar las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar.

EN CASO DE INTOXICACIÓN POR VÍA CUTÁNEA

- Retirar todo el tóxico, quitar la ropa y lavar las zonas expuestas con abundante agua.
- No utilizar ningún tipo de neutralizante o antidoto.
- Picaduras y mordeduras: lavar con agua y jabón y aplicar frío local (bolsa con hielo) en la zona de la mordedura para ralentizar su absorción. No hacer torniquetes, cortes o succionos. Observar si hay restos de espinas o agujones, y retirarlos con unas pinzas.



ELECTROCUCION

LA ELECTROCUCION



1.- ¿QUE ES UNA ELECTROCUCION?

La electrocución se produce cuando a causa de una descarga eléctrica, la persona sufre una parada cardiorrespiratoria, llegando en la mayoría de los casos a producir la muerte.

La electricidad hace que los músculos del cuerpo se contraigan de manera brusca y descontrolada. El daño que provoque estará determinado por:

- La intensidad de la descarga: una pequeña descarga de baja intensidad no provocará lesiones muy graves, solo sensación de hormigueo u adormecimiento.
- La forma en que la electricidad recorre el cuerpo: si pasa la corriente directamente por órganos vitales o por las extremidades.
- La rapidez en la asistencia: a mayor rapidez y eficacia, mayores probabilidades de salvar a la víctima con menos secuelas.



2.- ¿CUALES SON LAS CAUSAS DE ELECTROCUCION?

- Contacto accidental con cables desprotegidos o rotos que estén al alcance.
- Manejo de aparatos eléctricos defectuosos.
- Manipulación de tomas de corriente sin tener conocimientos de electricidad.



- Líneas de alto voltaje: en el caso de estas líneas no hace falta un contacto directo para que se produzca una electrificación, sino que al tener tanto voltaje saltan chispas que pueden provocar un arco voltaico sin que necesariamente se estén tocando los cables.
- Retampagos.



3.- ¿CUALES SON LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE UNA ELECTROCUCION?

- Hormigueo
- Dolor
- Palpitaciones
- Dolor en el tórax
- Paro respiratorio



- Amnesia
- Convulsiones
- Estado mental alterado
- Coma
- Vesículas

¿Qué HACER EN CASO DE ACCIDENTE POR ELECTRIFICACION?

- En primer lugar, llamar a los servicios de emergencias. Proporcionar datos claros y concisos sobre el lugar y las causas de la electrificación, y detalles que se consideren importantes.
- No tocar a la persona hasta verificar con seguridad que no está en contacto con ninguna fuente eléctrica.

- Si está en contacto, buscar la manera de cortar la corriente. Puede ser un interruptor o puede ser que haya que cortar el cable, en cuyo caso se hará con una herramienta bien aislada y con los debidos protectores y aislantes. Asegurarse de no llevar prendas mojadas y de estar pisando charcos o suelo mojado.



- En caso de no encontrar la manera de cortar la corriente, se utilizará un objeto de madera, plástico (una silla, un palo...) o cualquier elemento no conductor de la electricidad para separar a la víctima.

- Si es una línea de alto voltaje, no acercarse a más de seis metros mientras exista corriente eléctrica. Intentar cortar el flujo de electricidad y solo entonces acercarse.

- Una vez separada de la corriente y asegurada la víctima, evitar en la medida de lo posible moverla, sobre todo el cuello y la cabeza, pues podría tener alguna lesión vertebral.



- Comprobar su grado de conciencia y respiración. En caso de que no respire, proceder a realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar. Si respira, es preferible no mover a la víctima y vigilarla constantemente, comprobando su respiración cada 2-4 minutos, ya que podría entrar en parada cardiorrespiratoria.



- Si la víctima está inconsciente, taparla con mantas o abrigos y elevar sus piernas.

- Tratar las quemaduras con agua o suero fisiológico para limpiarlas, y

taparlas con gasas estériles o paños limpios.

MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIO PULMONAR

- ACTIVAMOS EL SISTEMA DE EMERGENCIA



1 RECONOCIMIENTO + AYUDA Reconocer Peligro Activar Emergencias	2 RCP C-A-B Compressions Airway Breathing	3 DEA REANIMACION AVANZADA En caso de tener disponibilidad	4 SOPORTE VITAL AVANZADO TRASLADO Apoyo cardiaco avanzado	5 CUIDADOS INTEGRADOS POST PARO
---	--	---	--	--

CADENA DE SUPERVIVENCIA

- PARA INICIAR EL RCP SE DEBE DE INICIAR DE LA SIGUIENTE MANERA:

C-V-R

COMPRESION

Empuje fuerte y rápido en el centro del pecho de la víctima

VIA AEREA

Incline la cabeza de la víctima hacia atrás y levante la barbilla para abrir la vía aérea

RESPIRACION

Dé respiración artificial boca a boca

Utilice el peso de su cuerpo para hacer la compresión

Mantenga la espalda recta.

BRAZOS RECTOS
FALDAS DE LA MANO SOBRE EL ESTERNO.

Arrodillarse a un lado de la víctima.

30:2

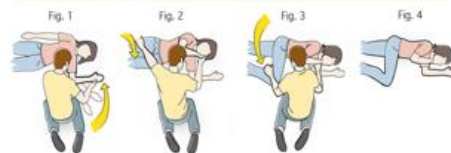
- REALIZAR 30 COMPRESIONES POR 2 VENTILACIONES DEPRIMIENDO EL PECHO 5 A 6 CM. SE DEBE DE REALIZAR DE 100 A 120 COMPRESIONES EN UN MINUTO.



NO PARA DE REALIZAR LAS COMPRESIONES HASTA QUE LLEGUE LA AYUDA PROFESIONAL

- LUEGO DE REALIZAR UN CICLO QUE COMPRENDE 5 VECES 30: 2 REVISAR EL PULSO DE NUEVO SI TIENE PULSO COLOCAR EN POSICION DE SEGURIDAD SI NO TIENE PULSO CONTINUAR CON LAS COMPRESIONES.

Posición lateral de seguridad (PLS)





- Sudoración fría.
- Visión borrosa.



Inconsciencia o semiconsciencia: se notará a la persona obnubilada, con poca reacción a estímulos.
 Calida repentina al suelo.
 Respiración superficial.
 Pulso débil.

QUE HACER ANTE UNA LIPOTIMIA

- Ante una persona que ha sufrido una lipotimia o un desmayo repentino se debe:

- Primero, comprobar que es solo un desmayo y que sigue respirando.
- Colocar a la víctima en un sitio que tenga buena ventilación.
- Aflojar la ropa para facilitar la respiración.
- Indicar que respire profundamente, tomando aire por la nariz y expulsándolo por la boca.



Pedir que tosa varias veces. Este estímulo hace que mejore el riego sanguíneo cerebral.

Si está consciente, acostarle boca arriba y levantar las piernas para facilitar el retorno de sangre al cerebro.

Si está inconsciente pero se ha comprobado que respira, colocarla de lado, para que en caso de vómitos se expulsan.

- Si hace frío, evitar que la víctima se enfríe. Con ponerle un chaleco o una manta por encima es suficiente.



LAS LIPOTIMIAS



1.- ¿QUE ES UNA LIPOTIMIA?

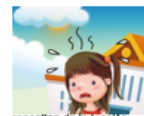
En ocasiones, debido a diversas causas, el riego sanguíneo que lleva oxígeno al cerebro no es suficiente para mantenerlo consciente y alerta. Se produce entonces una pérdida de conciencia que puede ser completa o parcial, pero que se vuelve a recuperar rápidamente. Esto se conoce como desmayo, síncope o lipotimia.

2.- ¿CUALES SON LAS CAUSAS DE LA LIPOTIMIA?

- Hay personas a las que las emociones fuertes como la ansiedad, el temor o incluso la alegría suponen una sobreexcitación que pueden llevar a una lipotimia.



- Los sitios cerrados con poca ventilación muchas veces producen sensación de agobio, y provocan ataques de ansiedad y síncope.



Ayuno mantenido en el tiempo.

El dolor, pues afecta de manera muy diferente a cada persona, puede hacer que el cerebro desconecte y conlleve que la persona sufra un desmayo.

Calor extremo que provoque una bajada

repentina de la tensión.

3.- ¿CUALES SON LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LA LIPOTIMIA?

- Debilidad repentina.
- Palidez.



¡¡CURIOSIDADES!!

EPILEPSIA

¿COMO AYUDAR EN CASO DE CRISIS?

<p>1</p> <p>COMO EN CASO DE CONVULSIONES SE HA ASESORADO SE ENTRA EN EL TIEMPO. RETIRAR OBJETOS CON LOS QUE PUEDA GOLPEARSE.</p>	<p>2</p> <p>AFLOJAR LA ROPA APRETADA Y COLGARSE ALGUNAS VECES LA CABEZA.</p>	<p>3</p> <p>NO SE ALARME SI ESTE EN LA RESPONSA Y SE LE PUEDE DAR LA CABEZA EN LA RESPONSA NORMAL.</p>
<p>4</p> <p>SI EN LA CABEZA HAY UN BILLAGO Y PUNTADEO CONTINUO PARA QUE SE RECIBAN Y VAYAN SALIENDO LIBERAMENTE.</p>	<p>5</p> <p>ORDENAR LOS MOVIMIENTOS ES IMPORTANTE QUE HAYAN UNO CON DE TALLE LO SUFICIENTE.</p>	<p>6</p> <p>COMO SE RECUPERAN SE ABANDONA SE PUEDE MANTENER APRESION, TENDRAN DE TRANQUILIZADO. PUEDE TENER DOLOR DE CABEZA O APOYAR UN OMBRO VARIAS.</p>



LA EPILEPSIA PUEDE AFECTAR A CUALQUIER PERSONA A CUALQUIER EDAD, SIN DISTINCION DE SEXO, RAZA O CLASE SOCIAL.....
Ley Nacional de Epilepsia Nro. 25.404

- Se recomienda no introducir nada en la boca del paciente porque lo puede morder, pero al inicio de la convulsión se puede introducir algún objeto si es que se puede sin arriesgar la integridad de uno mismo.