

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD.

INCORPORADA A LA UNAM 8722.

TEMA:

ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES POST-OPERADOS DE
UN RESECCIÓN TRANSURETRAL PROSTÁTICA.

TESIS ELABORADA POR:

ERIKA TERESA TRINIDAD HERNÁNDEZ.

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

MORELIA, MICH., .



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA.

A MIS PADRES Y HERMANA:

Gracias. A mi mamá, a mi papá y a mi hermana que me han brindado su apoyo incondicional, su entrega en todos los ámbitos especialmente me han guiado por un buen camino y me han dado un gran ejemplo a seguir al igual que el amor.

A DIOS:

Por brindarme la fortaleza de seguir adelante, por las veces que he intentado caer y el me ha dado su apoyo a través de la fe que le tengo; sobre todo, tener poco que pedirte y tanto que agradecerte, gracias señor.

A DAVID MENDOZA ARMAS:

Gracias David por haberme apoyado a terminar esta tesis la cual me deja mucho por aprender, ya que el no saber redactar y el no saber expresarme metodológicamente cuesta trabajo, el con su paciencia al darme la fuerza de realizar una investigación productiva que deja enseñanza a los demás.

AGRADECIMIENTO:

En especial le doy un cordial agradecimiento por el esfuerzo a todos los que me han impulsado notablemente a desarrollar esta investigación. Por lo cual valiosísima retroalimentación para mejorar y actualizarme a todos los profesores de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Por otro lado expreso el agradecimiento a la Licenciada de Enfermería y Directora del plantel Martha Alcaraz Ortega que me ha motivado a mantenerme vigente en esta escuela tanto en su teoría y práctica en el hospital que gracias a su esfuerzo se logra salir con un camino abierto lleno de entusiasmo por conocer y seguir aprendiendo velando y cuidando a los pacientes, a nuestra familia y a nosotras mismas al amor que se nos presente.

RESUMEN:

Esta investigación se realiza con las alumnas que asisten a práctica al Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el cual se pretende conocer cuales son las causas que ocasionan el que no se de una buena asistencia intra hospitalaria en los pacientes post - operados de una Resección transuretral de la próstata en los servicios de sala general y privada. El cual este problema clínico es causado por un pequeño órgano en el cual ocurren cambios patológicos en la especie humana del sexo masculino especialmente en edades avanzadas.

Lo que se pretende hablar en este primer capítulo es sobre estos pacientes que requieren de una atención adecuada después de haber pasado un momento crítico durante el transe operatorio determinando un bienestar de vida en cuanto a su calidad en el cual se requieren nuevas investigaciones y conocimientos, donde se determinan diversas teorías que se han empleado para ir mejorando desde el punto de vista preventivo; para esto se menciona como un punto importante de la calidad y los programas en el cual se debe de

trabajar metodológicamente para reorganizar la práctica en la asistencia intra hospitalaria en los diversos pacientes que constituye una actividad en el cual profesionales y estudiantes deben interesarse aún más.

En este capítulo 2 se habla del significado de la Hiperplasia Benigna de la próstata desde su etiología hasta su tratamiento entre el más importante es la Resección. En cuanto al capítulo 3 se menciona el método Cuantitativo que es el que se ha ido realizando en toda esta investigación al igual el instrumento que se va a utilizar como es el Cuestionario y sobre este se realizó una formula el cual demuestra el tamaño de la muestra con los diversos márgenes de error el cual se designa a los individuos a tratar por medio de una Tómbola donde se escoge al azar.

En el capítulo 4 se interpretan los resultados el cual el resultado es bueno para la investigación,

ya que si se necesita un Programa de Asistencia intra hospitalario para los pacientes de RTUp, porque la mayoría de las enfermeras no tienen un conocimiento adecuado para este tipo de pacientes y prosiguen las conclusiones.

INDICE GENERAL.

TEMA	PÁGINA
1. Portadilla	i
2. Dedicatoria	ii
3. Agradecimientos	iii
4. Resumen	iv
5. Índice General	Vi
6. Índice de figuras.	ix
1. Capítulo 1	1
1.0. El problema	2
1.1. Zona o región del estudio.	2
1.2. Antecedentes del problema.	4
1.3. Planteamiento.	8
1.3.1. Criterios para plantear.	9
1.3.2. Oraciones tópicas.	9
1.3.3. Planteamiento del problema del estudio.	10
1.4. Variables.	10
1.4.1. Clasificación de las variables.	11
1.4.2. Variables del estudio.	12
1.5. Objetivos.	12
1.5.1. Objetivo General de la Investigación.	14
1.5.2. Objetivo Especifico de la investigación.	14
1.6. Hipótesis.	14
1.6.1. Tipos de hipótesis.	15
1.6.2. Hipótesis de estudio.	18
1.6.3. Operación de las variables.	19
1.7. Importancia del estudio.	19
1.8. Justificación.	20

1.9. Limitaciones del estudio.	21
1.10. Viabilidad.	22
2. Capitulo 2	25
2.0. Marco teórico.	26
2.0.1. Funciones del marco teórico.	26
2.1. Teoría.	28
2.1.1. Funciones de las teorías.	29
2.1.2. Teoría Educativa.	31
2.1.3. Teoría de la Educación.	31
2.1.4. Teoría del Aprendizaje.	32
2.2. Concepción filosófica de la salud.	34
2.3. Enfoque pedagógico metodológico.	48
2.4. Teorías del Conocimiento.	51
2.5. Teorías de la investigación.	68
2.5.1. Teoría de los sistemas.	71
2.5.2. Definición de la Hiperplasia benigna de la próstata.	78
2.5.3. Resección Transuretral de la próstata.	82
2.5.4. Calidad y programa.	83
3. Capitulo 3	98
3.0. Método.	99
3.1. Enfoque de la investigación.	104
3.2. Tipos de la investigación.	107
3.3. Diseño de la investigación.	111
3.4. Unidad de análisis.	113
3.4.1. Uso de los análisis de contenido.	114
3.4.2. Unidades de análisis.	115
3.4.3. Componentes de las unidades de análisis.	116

3.5. Instrumentos de medición.	117
3.5.1. Tipos de instrumentos.	117
3.5.1.1. Cuestionario.	120
3.5.2. Instrumentos de analizar.	122
3.6. Procedimiento.	122
3.6.1. Selección de la muestra.	122
3.6.2. Recolección de datos.	126
3.6.3. Confiabilidad.	127
3.6.4. Formula de Pandurang V.	127
4. Capitulo 4	130
4.1. Resultados de la investigación.	131
4.2. Interpretación de los resultados.	138
* Bibliografía.	141
* Anexos.	144

ÍNDICE DE FIGURAS:

NO. DE PREGUNTA	PAG.
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	

17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34

CAPITULO 1

1.0. EL PROBLEMA.

"Las investigaciones nacen de ideas, sin importar el tipo de obstáculos que fundamente un estudio, ni el enfoque que se tenga que seguir" (Hernández, 2003,42).

Es realizar un estudio para conocer cuales son los factores que influyen en la calidad de atención y manejo en pacientes post-operados de una Resección Transuretral Prostática en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en el primer semestre del 2004.

1.1 ZONA O REGION DEL ESTUDIO.

En este estudio se realiza en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud ya que en los últimos años se ha mostrado con gran frecuencia que en los años anteriores, ya que en los adultos mayores uno de los riesgos es la edad del Paciente y en este caso en este hospital se presenta en pacientes con edad de 55 a 75 años.

La localización es urbana ubicada en Morelia Michoacán, es privado y tiene forma de "G" para construirlo en un terreno antiguo es grande contando con más de 250 camas que presta servicios especializados y generales que proporciona atención médica y la prestación de un servicio asistencial en casos necesarios que consta básicamente en diagnósticos tempranos, tratamientos oportunos y la atención en

urgencias, entonces busca integrar al paciente en su medio familiar y social según la enfermedad que curse.

Esta institución se conforma de una planta baja y de dos pisos en cual se divide en dos secciones: en planta baja se encuentra Caja, Departamentos (Administrativo, Archivo, Recursos Humanos, Contabilidad), Lavandería, Cocina, Comedor, Urgencias, Farmacia para el público, Laboratorio, Consulta Externa, Cafetería, Patología, Rayos "X", Mortuorio y Cochera. En primer piso esta Obstetricia Privada, General, Medicina Interna Mujeres, Cunero Fisiológico, Almacén, Unidad de Cuidados Intensivos, Costurero, CEYE, Unidad Toco quirúrgica y una Capilla propia del Hospital. En segundo piso en la primera sección se encuentra Clínica Privada, Aislados, Cocina, Psiquiatría Hombres y Mujeres y la segunda sección se clasifica en dos niveles un Inferior que lo conforma Neurocirugía hombres y Mujeres, Medicina Interna Hombres, Hemodiálisis, Terapia Intensiva y Quirófano y en el nivel Superior consta de Banco de sangre, Pediatría, Aislados Pediátricos y la Comunidad.

Esta investigación propiamente se realiza en los servicios de Clínica privada y Neurocirugía Hombres

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Este es un problema clínico que es causado por este pequeño órgano que es en sí el más afectado por cambios patológicos en la especie humana. La próstata es una glándula de secreción dada por las hormonas, en estos casos es común que se hipertrofie y produzca grados de obstrucción donde es común el CA de próstata.

En la época de los Egipcios en los 2000 a.C. solían formarse "Casas De la Vida" estas eran escuelas de aprendizaje, de practica hospitalaria y de consultas Bibliográficas, las cuales eran sostenidos por el Faraón ellos eran los médicos superiores, ellos tenían el concepto de especialistas por lo cual había Urólogos y ellos mismos eran Cirujanos estos mismos analizaron el porque del aumentos de la próstata.

Fue entonces hasta los Años 70s donde se inicio la demostración sobre una respuesta contráctil de la cápsula de adenoma protático que estaba constituida por receptores, en los Años 80, Carlos Rodríguez Duarte inicia la ecosonografía prostática endorectal que es de gran utilidad en el manejo de pacientes con patologías prostáticas, organizando cursos para difusión del método de nivel nacional; poco después Edgar Polanco regresando de su post-grado de Cirugía-Urología realiza la primer cirugía radical de la próstata retropúbica marcando el comienzo de auge de dicha cirugía en nuestro país, en 1981 se publico la

utilidad de la Tomografía Axial Computarizada para el diagnóstico de los cálculos no radió pacos al igual que la Urolitiasis en el Hospital Universitario en Caracas, en 1932 Mc Carthy introdujo el resectoscopio con visión directa.

La resección transuretral de la próstata este se comenzó a popularizar hasta 1970 esto entro al medio por razones tecnológicas médicas.

La mejoría sustancial de los medios ópticos, generales y aplicaciones de la corriente eléctrica indispensable para la RTUp permitieron que los hospitales dispongan de los equipos, junto con la aparición de sistemas capaz de romper cálculos como ultrasonido se hizo posible la creación del Ureterorrenoscopio, que permite penetrar en el lumen uretral alcanzando las cavidades renales.

En 1990 Hugo Dávila determina el antígeno prostático específico y la respuesta inmunológica celular del cáncer, en 1991 se publica un trabajo excelente denominado "Cáncer de próstata el diagnostico y tratamiento en 500 pacientes", en 1994 Miguel Ángel López excelente Urólogo fue el primero que utilizó un disparo lateral (coagulativo) para el tratamiento de la Hiperplasia Benigna Prostática obstructiva de la salida vesical en pacientes del Hospital Universitario de Caracas con excelentes resultados.

En 1996 se nombra la experiencia con "Electro vaporización de próstata" también se diagnostico una causa

de muerte; 317.000 casos de los cuales solo 41.400 murieron por esta enfermedad en una tasa de mortalidad del 10% entre las edades de 50 a 75 años. En la comunidad Europea se diagnosticaron 85.000 nuevos casos por un año con una previsión para el año 2020 118.000 casos.

Entonces se ha supuesto un incremento del 20 - 60% entre 1986 y 1994. En el 2000 se están realizando en diversas partes del país "Programas de pesquisa del cáncer de próstata" en la cual se ha tenido una excelente respuesta al mismo tiempo la fundación CAURO con programas, charlas, en el 2001 se lleva a cabo en Noviembre la primer conferencia de Quimio prevención del cáncer de próstata con criterios de Suplementación Nutricional prostático y la fitoterapia para una mejor calidad de vida con un fin de protección para el mundo entero.

En el 2002 se realizan con éxito las dos primeras Prostatectomías radicales retropubicas por técnica de laparoscopia por René Sótelo en Caracas.

Siendo también al igual en Estados Unidos de Norteamérica y en la comunidad Europea ocupa el segundo lugar tras el cáncer de pulmón y es responsable de un 13% de todos los tumores de varón con incidencia de 35.2 casos / 100.000 habitantes.

En España en 1990 fue de 39.8 / 100.000 habitantes. En la sexta década de vida aparece en un 15%, 30% en la década de los 70s y el 50% en la década de los 90s. El 85% de los

cánceres de próstata son diagnosticados en varones de 65 años donde influyen factores como son los antecedentes familiares. Entonces las lesiones prostáticas son el mayor el objeto de la cirugía endoscópica. En la actualidad se esta en plena discusión los procedimientos quirúrgicos a usar en el tratamiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata.

La Resección Transuretral protática ha sido la técnica de elección a raíz de la alta morbilidad, del prolongado tiempo de uso de sonda uretrovesical y de hospitalización de los pacientes.

El mayor interés de la historia radica en los países están en vías de desarrollo y por razones fundamentales económicas, se deberá ayudar a hacer que su paciente opte por una de las técnicas para resolver el problema de Salud. En Estados Unidos es la décima intervención quirúrgica (>400.000/año).

Más de 400 centros en Estados Unidos, Puerto Rico y Canadá están aceptando participantes para realizar estudios denominados "SELECT" con duración de 12 años este primer estudio es para la administración de medicamentos para disminuir el cáncer de próstata.

El cáncer de próstata es el más común entre los hombres Estadounidenses, en la mayoría de los hombres la enfermedad avanzada es muy lenta entonces siendo la segunda causa principal de morbilidad.

El 3 de Marzo del 2003, el comité de supervisión de datos y seguridad sobre estudios realizados para el cáncer de próstata. Así la Asociación mexicana de lucha contra el cáncer alerta sobre el incremento de víctimas de este padecimiento desarrollado de la próstata por el incremento de la población.

Para Junio del 2004 se encuentra uno de los medicamentos para la prevención del cáncer de próstata, aunque no todos los hombres se benefician. En este caso se han registrado hasta 800 defunciones de hombres con esta enfermedad.

La incidencia Continúa en aumento debido al envejecimiento de la población masculina.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

"Es un aspecto científico que significa reducirlo a sus aspectos y relaciones fundamentales a fin de poder iniciar su estudio intensivo; en términos concretos aproximando al estudio del fenómeno" (Rojas, 2002, 69).

"Plantear el problema no es sino afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación" (Hernández, 2003) (IDEM, 42).

El planteamiento del problema consiste en estructurar las ideas (Claras y Precisas) a fin de cómo va avanzando el enfoque seleccionado relacionándolo con el estudio de investigación.

1.3.1 CRITERIOS PARA PLANTEAR.

Los criterios son básicamente para plantear el problema para realizar un enfoque ya sea cuantitativo o mixto para esto es necesario recolectar en un ambiente, una situación o un evento, para que el planteamiento tenga un proceso.

Para esto se mencionan estos criterios:

1. El problema debe expresar dos ó más variables.
2. El problema debe ser formulado como pregunta, sin ambigüedad, claramente y factible.
3. El planteamiento debe tener debe de tener la posibilidad de realizar una prueba empírica que lo lleve a la realidad.

1.3.2 ORACIONES TÓPICAS.

1. ¿Cuáles son las causas que influyen para realizar una Resección Transuretral prostática?
2. ¿Cuáles son los factores que de terminan una buena calidad de vida a los pacientes post-operados de una Resección Transuretral prostática?

3. ¿Qué factores determinan estado del paciente post-operado de una resección Transuretral prostática?
4. ¿En que forma influye el personal en la atención y manejo en pacientes post-operados de una Resección Transuretral prostática?

1.3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL ESTUDIO.

¿Qué elementos condicionan una calidad de atención y manejo del personal intra hospitalario a los pacientes post-operados de una Resección Transuretral Prostático en el primer semestre del 2004?

1.4 VARIABLES.

Se puede definir que una variable "es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse" (Hernández, 2003) (IDEM, 143).

Se define como "una característica, un atributo, propiedad o cualidad en el que se puede dar o estar ausente individuos, grupos, matices o distintas magnitudes a lo largo del continuum" (Rojas, 2002) (IDEM, 182).

Una variable es una característica que consiste en darle valor a los individuos, sociedades y grupos, el cual se puede medir y manipular según la clase, categoría, sexo, religión, ocupación, estado civil, atributo; esto le da valor propio a la investigación relacionándose unas otras, formando parte de las hipótesis en los diferentes enfoques de la investigación.

1.4.1 CLASIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

INDEPENDIENTE **"X"**.

Es una supuesta causa esta determina la situación y condiciona la presencia de otro expresando las causas de un fenómeno.

DEPENDIENTE **"Y"**.

Es un efecto provocado por dicha causa es consecuente (fenómeno, situación) tiene relación entre la variable Independiente y la Dependiente este cambio influye en la aparición de otro elemento.

1.4.2 VARIABLES DEL ESTUDIO.

VARIABLE INDEPENDIENTE " X "	VARIABLES DEPENDIENTE " Y "
Programa de Calidad Intra hospitalaria	Asistencia en pacientes post-operados de una RTUp.

En la presente estudio la variable independiente es un programa de calidad intra hospitalaria con el fin de mejorar la atención y el manejo, y la variable dependiente es la asistencia en pacientes post-operados de una RTUp para mejorar la calidad y su bienestar de vida al paciente.

1.5 OBJETIVOS

Los objetivos son indispensables para conocer lo que se pretende lograr a través de la investigación.

" Los objetivos de investigación tienen la finalidad de señalar a lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad pues son las guías de estudio" (Hernández, 2003) (IDEM, 44).

"Los objetivos se tienen que expresar con claridad para evitar desviaciones al investigar y deben ser susceptibles de alcanzarse". (Rojas,2001) (IDEM, 143).

Objetivo es lo que se pretende, los propósitos y alcances deseando obtener éxitos con una totalidad y riqueza relacionándolo con los planes personales y motivacionales del estudio que lo lleven al estudio.

Los objetivos están dados por inmediatos(prácticos) y mediatos (teóricos) esto depende del enfoque del contenido que se presente de acuerdo al comportamiento del individuo con la importancia del análisis que le de a la realidad.

Objetivo general

Son los cambios que se esperan de los individuos mediante la orientación.

Objetivo particular

Es la relación con el estudio(interés) lo que debe realizar en las diferentes situaciones de la investigación de acuerdo a una secuencia lógica.

1.5.1 OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.

Proponer un programada calidad a los pacientes post-operados de Resección Transuretral protática para mejorar la asistencia intra hospitalaria.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Observar la calidad en la asistencia intra hospitalaria a las pacientes post-operados de RTUp.
2. Conocer de quien y de donde reciben información el personal intra hospitalario.
3. Valorar la atención y manejo del personal intra hospitalario.
4. Analizar y observar si tienen un programa de atención.
5. Analizar si se han capacitado para realizar a los pacientes una mejor asistencia.
6. Conocer y analizar los objetivos del personal intra hospitalario al realizar la asistencia a los pacientes.
7. Analizar la necesidad del programa de calidad para los pacientes pos-operadores de una RTUp.

1.6 HIPOTESIS

La hipótesis se define como "explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se formula como proposiciones" (Hernández,2003) (IDEM, 140).

"La ciencia no se reduce a registrar o acumular simplemente hechos si no que ante todo busca su sistematización, generalización e interpretación".(Kedrov y Spirkin, S/F,16).

"Es aquella formulación que se apoya en un sistema de conocimiento organizados y sistematizados, en la que se establecen relaciones entre dos o mas variables que explica y predice en lo mas posible los fenómenos que le interesan a la relación establecida".(Rojas,2002) (IDEM,149)

La hipótesis son el instrumento necesario que le da la validez a la investigación son los hallazgos significativos del individuo para el desarrollo, las hipótesis buscan relacionarse y prueban las ideas tentativas e indagatorias y para su comprobación requieren de las teorías y del método empírico.

1.6.1 TIPOS DE HIPÓTESIS

a) Hipótesis descriptivas: son las que involucran una sola variable, se caracterizan por señalar la presencia de ciertos fenómenos o hechos en la población del objeto estudiado.

b) Hipótesis descriptivas: estas relacionan dos o mas variables en forma de asociación o alianza, en este tipo hay cambio o alteración de una o mas variables

independientes acompañadas de cambios proporcional en sentido directo o inverso en la variable dependiente pero la relación que se establece no es casualidad esta hipótesis puede ser de causa y efecto a la vez.

c) Hipótesis que se relacionan dos o mas variables en términos de dependencia: estas hipótesis son de relación casual y permiten explicar y predecir, con determinados márgenes de error, los procesos sociales son de vital importancia en el campo de la investigación social, ya que si un fenómeno puede explicarse y además predecirse, aunque sea a nivel de tendencia, podremos entonces influir en el curso de los acontecimientos, controlando racionalmente los procesos de transformación de la realidad.

d) Hipótesis correlacionales: especifican las relaciones entre dos o más variables, corresponden a los estudios correlacionales y pueden establecer la asociación entre dos variables o más.

e) Hipótesis que establecen relaciones de causalidad: este tipo de hipótesis no solamente afirma las relaciones entre dos o mas variables y como se dan dichas relaciones si no que además proponen un sentido de entendimiento de ellas.

f) Hipótesis causal(primer grado): es una conjetura científica (un enunciado), que con fundamento el conocimiento científico, trata de explicar una

dependencia casual entre dos o mas variables del objeto de investigación. De la dos variables de la hipótesis, una se denomina variable independiente la otra variable dependiente. La variable independiente es la que entendemos como la causa del fenómeno; la variable dependiente es el efecto(la secuencia). Hay dos diferencias principales entre las causas y el efecto.

g) Hipótesis de constatación(segundo grado): Es una proposición científica (un enunciado), que con fundamento en el conocimiento científico trata de establecer (constatar), la presencia y la ausencia de un de un fenómeno o de una propiedad(de una característica) de un fenómeno. A este fenómeno se le llama metodológicamente variable contrastable.

h) Hipótesis alternativas, son posibilidades "alternas" ante la hipótesis de investigación y nula. Ofrecen explicación o descripción que proporcionan dichas hipótesis, solo se formulan cuando hay posibilidades de hipótesis de investigación y nula, de no serlo no se formulan.

i) Hipótesis nulas. Son el contrario de la hipótesis de investigación, establecen relaciones con las variables, solo que sirven para refutar o negar lo que afirma la hipótesis de investigación.

j) Hipótesis de investigación, son proposiciones tentativas acerca de las posibles relaciones entre dos o más variables que cumplen con los requisitos.

k) Hipótesis estadísticas, representan la transformación de las hipótesis de investigación nulas y alternativas en símbolos estadísticos son exclusivamente del enfoque cuantitativo.

1.6.2 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

la hipótesis de dicha investigación es de tipo casual. Explica la relación entre dos o mas variables(causa y efecto).

SI se plica un programa de calidad intra hospitalaria ENTONCES se mejorara la Asistencia en los pacientes post-operados de una Resección Transuretral Prostática.

1.6.3 OPERACIÓN DE LAS VARIABLES

X	Y
<ul style="list-style-type: none">• Concepto de calidad• Normas de calidad• Programa de calidad• Teorías de calidad• Que es un programa• Programas de calidad de la secretaria de salud• Características	<ul style="list-style-type: none">• Funciones del personal• Definiciones• Atención de acuerdo a los programas de salud• Manejo de acuerdo al paciente post-operado de una RTUp.

1.7 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Esta investigación es importante ya que aporta conocimientos nuevos en los que van a ser beneficiados el personal intra hospitalario en el cual se van a guiar para la asistencia de los diversos pacientes que requieren de un

buen aporte por parte del personal, y el aporte no será tan solo práctico sino que también teórico.

Esta investigación dará paso a las inquietudes, dudas tanto del personal intra hospitalario como para las investigaciones prontas a realizar y se verá beneficiado en general.

1.8 JUSTIFICACION

La justificación del estudio indica el porque de la investigación exponiendo sus razones (Hernández, 2003) (IDEM, 50).

"La justificación debe exponerse en forma clara y precisa del porque y para que se va a llevar a cabo el estudio" (Rojas, 2002) (IDEM, 63).

Parte esto es necesario justificar la investigación exponiendo las razones, se debe explicar lo que es conveniente que se lleve a cabo la investigación, tanto los beneficiados.

Se mencionan criterios para evaluar el estudio:

1. Conveniencia
2. Relevancia social
3. Implicaciones prácticas valor teórico
4. Unidad metodológica

Esta presente investigación se realiza para mejorar la asistencia intra hospitalaria en los pacientes post-operados de RTUp.

Los pacientes post-operados requieren de una adecuada atención por haber pasado un momento critico durante el transé-operatorio y esto determinara un buen bienestar y calidad de vida.

Al observar la asistencia del personal se requieren de nuevas investigaciones y conocimientos ya que hay una deficiencia en el conocimiento. Así se valora la necesidad, de programas, material y recursos para un buen manejo y estos pacientes se verán beneficiados y se reconocerá una mejor asistencia por parte del personal intra hospitalario, esto dará lugar a muchas inquietudes y más investigaciones a fondo. Siendo este estudio También una inquietud.

1.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En este estudio se mencionan limitantes para poder lograr una adecuada investigación teórica.

1. Hay mucha información en Internet que en libros se dificulta el acceso al no tener muchos conocimientos de Internet y pocos libros pero antiguos, solo pocos recientes.

2. Metodología. No se tienen muchos conocimientos a como redactar. No se está acostumbrado a realizarlo y a la falta de experiencia de no saber investigar.

3. Práctico.

- Tiempo disponible para realizar la investigación.
- Algunas ocasiones no saber consultar libros.

1.10 VIABILIDAD.

“Es la factibilidad en la realización de un estudio en cuanto a la disponibilidad de recursos” (Hernández, 2003) (IDEM, 51).

En cuanto a este estudio si es factible realizarlo ya que hay mucha información, y para llevarlo a la práctica es un gran reto porque en este hospital donde se va a llevar a cabo no se tiene mucha información, sobre como realizar la asistencia a los pacientes post-operados.

A pesar de los recursos Financieros que se tiene en toda investigación este estudio si se puede llevar a la práctica, en cuanto a los recursos Humanos poco a poco se ha aprendiendo a redactar a sacar los conocimientos muy profundos de cada ser humano y poco a poco se va adentrando más al estudio.

En cuanto a los recursos Materiales al igual que los recursos Financieros se puede llevar a cabo. Y en cuanto a lo demás es Factible para llevar a cabo este estudio hasta el final cumpliendo con lo antes ya mencionado.

**C
A
P
I
T
U
L
O
S**

C A P I T U L O J O .

2.0. MARCO TEORICO.

"Marco teórico implica analizar teorías, investigaciones y antecedentes que se consideran válidos para el encuadre del estudio (parafrasear) . No es sinónimo de teoría" (Hernández, 2003, 64).

La integración del marco teórico de acuerdo con la teoría marxista de la sociedad implica el análisis histórico del fenómeno estudiado, por lo cual el marco histórico quedaría comprendido en la sustentación teórica del problema.

En algunas investigaciones se exponen los antecedentes históricos del problema, pero esto es diferente del análisis histórico.

2.0.1 FUNCIONES DEL MARCO TEORICO

Sus funciones principales:

1. Ayudan a prevenir errores que se han cometido en otros estudios.
2. Orienta sobre como habrá de realizarse el estudio.
3. Ampliar el horizonte del estudio o guía al investigador para que se centre en su problema, evitando desviaciones del planteamiento original.
4. Conduce al establecimiento de hipótesis o afirmaciones que más tarde habrán de someter a prueba en realidad.
5. Inspira nuevas líneas y áreas de la investigación.
6. Provee de un marco de referencia para interpretar los resultados del estudio.

La elaboración del marco teórico usualmente comprende dos etapas:

- o La revisión de la literatura correspondiente.
- o La adopción de una teoría o desarrollo de una perspectiva teórica o de referencia.

Para realizar el marco referencial se requiere manejar tres niveles de información:

Primer nivel: Manejo de las teorías generales y los elementos teóricos particulares sobre el problema.

Segundo nivel: Analizar la información empírica secundaria o indirecta proveniente de distintas fuentes, revistas, periódicos, etc.

Tercer nivel: Implica el manejo de información empírica primaria o directa obtenida mediante un acercamiento con la realidad, a través de guías de observación y de entrevista a informantes claves.

Por lo tanto para aclarar mas específicamente se describe lo siguiente:

Ciencia proviene del latín "scientia" que significa (saber). Entonces se podría decir que la ciencia es el conjunto de lo que se sabe por haberlo aprendido mediante una continuada actividad mental, para tener ciencia hay que abarcar al menos todo un sistema de conocimientos, para tener saber basta con poseer mas conocimientos acerca de uno o varios sistemas de los que tiene el vulgo.

2.1. TEORIA.

"Es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones relacionados entre sí, que presentan un punto de vista sistemático de fenómenos especificando relaciones entre variables con el objetivo de explicar y predecir fenómenos." (HERNÁNDEZ 87)

"Teoría es un conjunto de constructos (conceptos), definiciones y proposiciones relacionadas entre sí, que representan una visión sistemática de fenómenos especificando relaciones entre sí, con el propósito de explicar y predecir los fenómenos." (KERLINGER, 2002,10).

El uso de la teoría debe ser consistente con el enfoque elegido para la investigación. Los investigadores cuantitativos, basándose en la teoría disponible desde el inicio de su estudio, generan hipótesis que contiene variables mediales, las cuales se someten a prueba desde su enfoque. La teoría y la literatura se utilizan de una manera deductiva.

2.1.1 Funciones de las teorías:

a) La función más importante de una teoría es explicar (decir por qué, cómo y cuándo ocurre un fenómeno). Una teoría puede tener una mayor perspectiva. Hay teorías que abarcan diversas manifestaciones de un fenómeno. Hay otras que abarcan solo ciertas manifestaciones del fenómeno.

b) La segunda función consiste en sistematizar o dar orden al conocimiento sobre un fenómeno o una realidad, conocimiento que en muchas ocasiones es disperso y no se encuentra organizado.

c) Otra función es la predicción, es decir hacer inferencia a futuro sobre cómo se va a manifestar u ocurrir un fenómeno dadas ciertas condiciones.

Para la explicación y predicción de cualquier fenómeno o hechos de la realidad, se requiere la concurrencia de varias teorías, una para cada aspecto del hecho.

Criterios para evaluar una teoría:

1. Capacidad de descripción, explicación y predicción
2. Consistencia lógica
3. Perspectiva
4. Fructificación (Heurística)
5. Parsimonia

Una teoría debe ser capaz de describir o explicar el (los) fenómenos a que hace referencia. Describir implica varias cuestiones: Definir el fenómeno, sus características y componentes, así como definir las condiciones y los contextos en que se presentan, las distintas maneras en que llega a manifestarse.

Una teoría debe ser lógicamente consistente, es decir las proposiciones que la integran deberán estar interrelacionadas (no puede contener proposiciones como un fenómeno como este relacionados entre si), ser mutuamente excluyente (no puede haber repetición o duplicación), ni caer en contradicciones internas o incoherencias.

La perspectiva se refiere al nivel de generalidad. Una teoría posee mas perspectiva cuanto mayor cantidad de fenómenos explique y mayor numero de aplicaciones admita.

La fructificación es la capacidad que tiene una teoría de generar nuevas interrogantes y descubrimientos. Las teorías que originan en mayor medida, la busque de nuevos conocimientos son las que permiten que una ciencia avance. Este criterio es de interés para la perspectiva cualitativa.

Una teoría parsimoniosa es una teoría simple, sencilla. Indudablemente las teorías que pueden explicar uno o varios fenómenos en unas cuantas proposiciones sin omitir ningún aspecto son mas

útiles que las que necesitan un gran numero de proposiciones para ello.

2.1.2 TEORIA EDUCATIVA

Epistemología (del griego, epistema, "conocimiento"; logos, "teoría"), rama de la filosofía que trata de los problemas filosóficos que rodea a la denominada teoría del conocimiento. La epistemología se ocupa de la definición del saber y de los conceptos relacionados, de la fuentes, de los criterios, de los tipos de conocimientos posibles y del grado con el que cada uno resulte cierto; así como de la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido.

2.1.3 TEORIAS DE LA EDUCACIÓN

En el transcurso de las ultimas décadas la motivación ha venido jugando un papel cada vez mas importante en las teorías del aprendizaje y de la personalidad.

Debido a que existen muchas teorías de las motivaciones cada una de las cuales requiere prodigas explicaciones, se va a considerar solamente los conceptos mas importantes de las teorías asociacionistas y cognoscitivas del aprendizaje de las teorías psicoanalíticas y humanísticas y de la personalidad, las cuales se describirán a continuación:

2.1.4 TEORIAS DEL APRENDIZAJE

En la Teoría Humanística.

Para Maslow (1970) la motivación era de trascendental importancia en el estudio de la personalidad; aceptada la idea de que algún comportamiento humano fuera motivado por la satisfacción de las necesidades biológicas, pero rechazado enérgicamente la aseveración de que cualquier motivación humana pudiera explicarse en función de los conceptos de privación. así pues Maslow presento una jerarquía de necesidades que están ordenados de la siguiente manera:

1. Fisiológicas
2. De seguridad

3. De amor y pertinencia
4. Estimación
5. Autorrealización
6. Conocimiento
7. Necesidades estéticas

Según Maslow la jerarquía de necesidades es importante porque normalmente tienen que satisfacerse en el orden indicado, es decir, que las necesidades fisiológicas tienen que satisfacerse antes de las necesidades de seguridad antes de las de amor y pertinencia.

TEORIA PSICOANALITICA

La teoría psicoanalítica tiene su origen en FREUD(1990). Esta teoría hace énfasis en las primeras experiencias de la infancia como determinante principales de la personalidad del individuo durante toda su vida.

Otro concepto fundamental de las teorías freudianas los individuos no entienden porque se comportan de determinada manera y además, y en muchas ocasiones no son capaces de reconocer cuales son los motivos verdaderos y fundamentos de represión que significa una acción mental por la cual se confían al inconsciente los motivos o los pensamientos como un medio de evitar la necesidad de manejarlos dentro de un nivel consciente.

La teoría psicoanalítica también trata de muchas otras materias de la personalidad, como desarrollo del ego y la habilidad de las personas para enfrentarse a conciencia con Situaciones de la vida real.

CORRIENTE EDUCATIVA

IDEALISMO

Idealismo, teoría de la realidad y del conocimiento que atribuye un papel clave a la mente en la estructura del mundo percibido. A lo largo de la historia de la filosofía se puede distinguir diferentes aplicaciones y definiciones.

En su forma más radical y, muchas veces rechazadas, es equivalente al solipsismo, un punto de vista que afirma que la realidad se deriva de la actividad de la propia mente y que nada existe fuera de uno mismo. Sin embargo, de una forma habitual el idealista reconoce por completo el mundo externo o natural, y evita afirmar que este puede reducirse al menor hecho de pensar.

Para los idealistas, por otro lado, la mente actúa y es, de hecho, capaz de existir cosas que de otro modo no serían posibles como la ley, la religión el arte o las matemáticas y sus afirmaciones son más radicales al afirmar que los objetos percibidos por una persona se ven afectados hasta cierto punto por la actividad mental.

2.2. CONCEPCIÓN FILOSÓFICA DE LA SALUD.

Siendo la Enfermería una profesión que presta cuidado al ser humano debe tener dentro de su concepción filosófica una idea clara de lo que es el hombre como individuo receptor de sus servicios y cuál es el papel que como profesión desempeña ante las personas y ante la sociedad.

Igualmente son muchos y muy variados los conceptos que desde la filosofía se aplican perfectamente a la Enfermería, lo importante es el conocimiento que se tiene de ellos y la habilidad para manejarlos y emplearlos en cada una de las acciones y decisiones dentro del marco de actuación de la Enfermera.

Entre las distintas corrientes filosóficas desarrolladas a lo largo de la historia, establecen la consideración de lo humano y el sujeto desde las distintas posiciones, analizando los enfoques filosóficos que soportan el desarrollo de la ciencia de la enfermería.

Para ello, se expresa la concepción de la enfermería desde el punto de vista filosófico; se analiza el aporte de los distintos conceptos filosóficos a lo largo de la historia al concepto de Enfermería y se realiza una reflexión sobre el quehacer diario de la Enfermería. Al mismo tiempo, se argumentan sobre los términos científicos empleados para denominar el paciente o usuario.

Planteamientos sobre Enfermería desde una concepción filosófica:

En un tiempo en que la ciencia no tiene la respuesta a todas las situaciones que se presentan, y que la cultura, según establece Echeverría (1993) "ha entrado en una profunda crisis de sentido que compromete nuestros supuestos filosóficos esenciales los hombres vuelven inevitablemente la mirada hacia la filosofía" esto sucede con la enfermería, profesión que busca sustento en la filosofía en un intento por encontrar soluciones a los conflictos de su existencia y que la justifiquen como disciplina que ofrece un servicio necesario para la sociedad.

Según el mismo autor mencionado, el debate filosófico "ha consistido en entender que éste no es exclusivamente de los filósofos, sino que nos compromete a todos", por ello la Enfermería, como profesión que cuida al ser humano, bien puede participar, hacer constante de su disciplina.

En este sentido, Marriner (1996) aporta que "la filosofía es el conjunto de creencias y valores que rigen la conducta". Es decir, la filosofía articula una visión, el propósito y los sueños y reúne una serie de creencias y valores que rigen la conducta de cada persona.

Es oportuno destacar que el fenómeno de la mundialización, aunque ha propiciado un ambiente social y personal rápidamente cambiante e inestable, ha fomentado una sociedad pluralista y culturalmente diversa.

Debido a ello, actualmente se vive una época en que se procura valorar la vida, la naturaleza, la persona integral, las culturas de los diferentes grupos, la relación afectiva, el mundo simbólico, las causas concretas e inmediatas, la emergencia de la mujer como un sujeto social y sexual, la comunicación con todo el cuerpo, el respeto a la individualidad y a la subjetividad, al misticismo, a lo esotérico, al deseo, a lo imaginario y a lo irracional.

Así mismo, se transita de la persona cartesiana-racional del paradigma positivista a la persona emocionalmente vibrante.

Se substituye el lenguaje conceptual lógico, abstracto, secuencial, por lo ambiguo, lo incierto, la comunicación global a través de la imagen, del gesto, de la luz, de los colores, de los sonidos, de la música, del movimiento, todo

al mismo tiempo. Los avances tecnológicos y las condiciones económicas, sociales y culturales han creado un clima de cambio para el cuidado de la salud y de la vida, en el cual, como indica Zohar y Marshall (2000), "se vuelve impaciente con las estructuras sociales y políticas de arriba para abajo, estructuras impuestas por la tradición, la autoridad externa, porque necesita articular una nueva visión a partir de lo que la persona individual piensa, siente y obra."

En el reto que significa hoy día ejercer la enfermería, y lo que esta significará en el futuro, la misma desempeña una significativa función en una sociedad que valora el mantenimiento y la mejora de la salud de un modo continuado para individuos y grupos. Este papel compete a las diversas funciones de enfermería de modo dependiente, interdependiente e independiente en su relación con otros proveedores de atención sanitaria.

De tal modo, que se reconocen el valor, la dignidad y la autonomía de los individuos, al igual que el derecho de cada individuo a su auto dirección y responsabilidad por su propia vida.

Aunque es sabido que los individuos difieren entre sí en lo que se refiere a su capacidad para adaptarse a las tensiones que se producen en un entorno dinámico, cada uno posee la capacidad potencial de aprender a adaptarse de una manera más constructiva. Además cada individuo cuenta con

necesidades básicas de carácter físico, social, emocional y espiritual, que se expresan en el entorno en el cual el individuo vive, y a éste debe responderse sobre la base de su carácter único como individuo y de su entorno, necesidades y experiencias previas.

La Enfermería, en el rápido mundo actual, no puede estar ajena a estos cambios. Su compromiso social para cuidar a la persona, a la familia o a los grupos requiere que, además del conocimiento de la técnica, de los aspectos instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista el conocimiento de ese otro, en una relación de alteridad.

Toda la dinámica social actual contribuye para que las personas, más que en épocas anteriores, contengan una mezcla de tradiciones, valores y sentimientos que, fundidos y cambiantes en el cotidiano, hacen que el cuidado de Enfermería se convierta en un desafío permanente, pues debe considerar los valores, creencias y prácticas de los sujetos de cuidado y al mismo tiempo debe manifestar el respeto por la diferencia cuando ofrece dicho cuidado. En esto consiste el reto actual y seguramente futuro de la Enfermería.

Cuando el papel de la Enfermería se define claramente, la práctica, la educación y la investigación adquieren unas bases teóricas firmes, cualquier concepto relativo al ser humano y su salud se hace ahora útil para la enfermera por que tiene un marco conceptual preciso en el que fijarse.

Siendo el cuidado el tema central en Enfermería, aunque ha tenido diferentes y numerosos significados en la disciplina, posee como tema común en todas las interpretaciones, su carácter de interacción con el otro u otra. Ello implica, de un lado, un modo de ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud. De otro lado, tal como lo expresa Boff (1999) una preocupación y una inquietud por parte de la persona que provee el cuidado haciendo que ella se sienta envuelta y ligada al otro afectivamente.

En razón de ello cuidar, implica así mismo comprender, y ello necesariamente incluye un proceso de empatía, de identificación y de proyección, además, como fenómeno humano, el cuidado tiene la dimensión de la ínter subjetividad la cual precisa de apertura, simpatía y generosidad.

De este modo, en Enfermería se ha venido trabajando el concepto de ser humano integral indicando que la condición humana es a la vez física, biológica, síquica, cultural, social, espiritual e histórica.

Por ello, la diversidad, entendida como la yuxtaposición de personas, culturas, tradiciones, estilos de vida y

diferencias políticas y religiosas, caracterizan la sociedad de hoy como nunca en el pasado. Como se puede deducir, los procesos relacionados con la salud y la enfermedad no se pueden abstraer de esta pluralidad. La diversidad, como fuerza positiva, nos desafía a abrazar nuestras diferencias como personas, mientras reconocemos nuestras similitudes en los valores y necesidades humanas.

En tal sentido, la Enfermería debe identificar, en los sujetos a quien cuida, aquellas prácticas y valores dignas de mantener porque ellas promueven el bienestar y condiciones de vida adecuadas para la conservación de la salud; ya que, la prioridad de la Enfermería es la atención al cliente, por lo que para ello mantiene su pericia clínica y un alto nivel de la práctica de Enfermería. Sobre la base de lo anterior, Boff (1999) indica que "más importante que saber, es no perder nunca la capacidad de aprender más. Más que poder, necesitamos sabiduría, pues sólo ésta mantendrá el poder en su carácter instrumental, haciéndolo un medio de potenciación de la vida"

Según Henderson, el objetivo de Enfermería es mantener o restaurar las necesidades fundamentales del ser humano. El paciente o beneficiario de los servicios de la enfermera es un ser total. La enfermera debe ver a cada paciente como un

individuo complejo, cuya independencia le hace muy diferente de los demás en cuanto a la satisfacción de esas necesidades.

En este sentido, el papel de la enfermera es pues, según esta teorizante, complementario - suplementario. Este papel consiste en suplir lo que al paciente le hace falta para hacerlo completo, total, independiente. En forma de ejemplo la enfermera es, temporalmente, la conciencia del inconsciente, el amor de la vida para el suicida, la pierna del amputado, los ojos de los que han quedado ciegos, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y confianza para la madre joven, un portavoz para los demasiados débiles o introvertidos, y desde la intención más humilde un instrumento de la voluntad divina.

La intervención o el foco de atención de la actuación de la enfermera es el área de dependencia del paciente. Cuando él no puede resolver por si mismo una necesidad, reclama la intervención de la enfermera que, concentrando su atención sobre lo que le falta, trata de completar su totalidad.

De este modo, las formas de intervención asequibles a la enfermera son: reemplazar, completar, sustituir, añadir, reforzar, aumentar. La acción concreta que deriva de estos términos abstractos pretende hacer al paciente total y completo, es decir, independiente. Por supuesto, puede

decirse que la enfermería emplea la ética y la moral para esta intervención, es decir durante su ejercicio. Así mismo se fundamenta en otras concepciones filosóficas que le dan sentido humano y no meramente científico.

Con respecto a lo anterior, Aristóteles fue el primero que escribió tratados sobre ética y empleó el término tanto para referirse a la ética como a la moral. Habló del bien supremo de la felicidad, de la virtud y de cómo debían practicarse las virtudes, es decir, hizo ética y moral a la vez.

En tal sentido la ética representa el conocimiento teórico mientras que la moral representa la práctica; así Aristóteles enfatiza la diferencia que existe entre la ciencia teórica y la práctica; la cual estriba en que la teoría es contemplación, definición, conocimiento, mientras que la práctica es hacer, construir; involucra hábitos, habilidades y destrezas, las cuales pueden ser adquiridas por la práctica y sus cambios afectan el cumplimiento del fin moral.

Habida cuenta de ello, Kant estableció "obra de tal manera que tus acciones puedan servir de ley universal para todos los hombres". Este imperativo propuesto como norma significa que cada uno de nosotros debe ser un modelo edificante para la sociedad, un dechado para la humanidad. Obrar por conciencia ante la conciencia de cada uno, pero

hacerlo de tal manera que nuestras acciones sean normas para todos los hombres.

Otro aspecto a considerar, es la teoría del utilitarismo o teoría de la felicidad, sostiene que el hombre debería hacer aquello que propone el máximo bien para cada uno. En otras palabras se propone el bien general. Esto se relaciona en gran medida a lo expresado anteriormente.

La doctrina utilitarista establece que la felicidad es la única cosa deseable como fin y que todas las otras cosas son deseables como medios para lograr ese fin. Si es así, la felicidad es el único fin de los actos humanos, y su promoción es la única prueba por la cual se juzga la conducta humana. El objetivo de toda moral es entonces, la felicidad, en la cual hay que tender al aumento del placer y la disminución del dolor.

Esta doctrina encuentra en la norma áurea de Jesús de Nazaret, el espíritu de la ética utilitaria: "Haz como quisieras que hicieran contigo y ama a tu prójimo como a ti mismo". Sin embargo hay quienes opinan que esta norma es demasiado elevada para ser cumplida por la humanidad y que la mayoría de nuestros actos se realizan por motivos personales.

En contraposición a esta afirmación, seguramente en cada enfermera hay una necesidad de hacer el bien a los demás, un

placer en ello, una satisfacción, una manifestación del amor por el prójimo, y por el amor a Dios.

De igual manera, es en la referencia a Dios, tal como lo expresa Echeverría (1993) que "los problemas de la totalidad, de lo infinito, de la unidad, de la verdad, son resueltos". De todos modos cualquier sistema moral ordena abstenerse de cualquier cosa que sea perjudicial a la sociedad.

Así mismo, se caracteriza por su carácter teocéntrico, por hacer la afirmación de la fe en Dios el elemento central en el ordenamiento del mundo. Las cosas ocupan el lugar de su relación y referencia con Dios les confiere y, de esta forma, adquieren sentido y valor. Siendo parte integral del hombre su necesidad espiritual, el practicar la fe incluye la práctica de cualquier ideología o espiritualidad importante para una persona. El respeto de esta necesidad fundamental, tan cierta como las demás, requiere que las enfermeras desarrollen sus habilidades en este sentido.

Sin embargo, es oportuno considerar lo planteado en la modernidad donde se conocerá a través de la duda, poniendo en tela de juicio sus propias certezas o lo dado por cierto o cualquier concepción. Un rasgo característico de la modernidad es el desarrollo del pensamiento científico; y que tal como ocurrió a partir de Galileo, la ciencia no solo se apoyará en la observación directa, sino en una observación enmarcada bajo condiciones que contribuyen muy decisivamente a la validez y al rigor de sus conclusiones; por ello es un

reto de la enfermería actual y del futuro buscar respuestas a sus problemas cotidianos, pero estas respuestas quizás no estén siempre en la ciencia.

Algunos principios sobre los que basa su actuación la enfermería con respecto a las demás personas derivan de varias teorías, algunas ya mencionadas, otros proceden de normas tan antiguas como la humanidad misma, otros de los derechos del paciente, de los códigos de ética, de las promesas profesionales y de las ciencias humanas que integran el ejercicio profesional. Con todos estos recursos, las enfermeras tienen una guía o marco de referencia en que basar sus acciones en el momento de tomar una decisión.

El hombre es considerado como un ser humano de naturaleza integral, un ser finito con variadas capacidades para funcionar socialmente. Un ser único con un sistema propio de vida, con valores, creencias, que reflejan sus motivos y estilo de vida. Ello es necesario para mostrar respeto a la persona y para dar cuidado acorde con su estilo de vida. Existen una serie de virtudes que la enfermería debe cultivar entre quienes la ejercen: Perseverancia, es decir, tener el valor de ser constante y no desmayar en las situaciones difíciles; Interés por el bien público, interesarse por el bien común y las necesidades de los demás tanto como por las propias; Integridad, ser equitativa, firme, rehusando declinar ante los poderosos; Veracidad, demostrando la verdad más que diciéndola; Fidelidad, siendo sincero; Lealtad, discreción, guardando confidencias;

Humildad, aceptando las propias limitaciones y deficiencias inevitables.

En razón de ello, indistintamente del nombre que se le dé al ser humano como objeto de nuestros cuidados, llámese beneficiario, usuario, cliente, paciente, etc., lo importante es la persona humana como ser viviente y el respeto y preservación de su dignidad como persona, lo cual reviste la más alta responsabilidad en la atención de enfermería.

Siendo el deber fundamental de la enfermería mantener la salud, evitar las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, se afirma que los principios supremos que orientan la práctica son los de inviolabilidad de la vida, beneficencia, evitación de la maleficencia y autonomía. En tal sentido es importante para la enfermería identificar qué valores y que pensamiento de la enfermería existe en cada contexto en el que actúa. Que prioridad se da a conceptos como altruismo, solicitud, equidad, eficiencia, respeto a la persona, humanidad, libertad, eficacia y metas sanitarias.

Aunque los ideales de atención y solicitud han sido siempre los conceptos morales centrales para la enfermería, se crea la obligación moral de mostrar solicitud e interés humano. Aun en el tumulto en que se encuentra la enfermería debido a la reestructuración de la atención sanitaria, las enfermeras (os) no pueden olvidar la esencia en la que están: la solicitud humana.

En tal sentido los avances más interesantes, según Naisbitt (1990), en el siglo XXI se producirán no por la tecnología sino por la ampliación del concepto de lo que significa ser humano. Siendo esto cierto, entonces los cambios que introduce la reestructuración de la atención sanitaria ofrecen a la enfermería una oportunidad para reafirmar un valor humano capital de la profesión, el de la solicitud, y su función exclusiva de dispensadoras de cuidados que salvaguardan el carácter humano del paciente.

Ninguna de estas concepciones de Enfermería es perfecta, ni correcta. Cada una es el trabajo de un ser humano y como tal demuestra que la perfección no está en este mundo. Nada es menos cierto que cada concepto ofrece claridad y precisión sobre la razón de ser de la enfermería.

2.3. ENFOQUE PEDAGÓGICO METODOLÓGICO.

Se menciona las teorías del Aprendizaje ya que se habla en la investigación de la importancia que tiene la capacitación al personal de Enfermería por lo tanto necesitamos aprender a enseñar a proyectar los conocimientos en donde se aborda lo pedagógico y se proporciona atenciones adecuadas y así lograr los mejores resultados en la asistencia intra hospitalaria.

En el desarrollo de la Comunicación educativa menciona que a través de la revolución multimedia, el verdadero sentido de la innovación tecnológica que penetra la cultura y organización del espacio y el tiempo en la vida cotidiana, refuerza un discurso determinista que se le denomina "lógicas sociales". Estas lógicas se caracterizan, por lo general por una continua interpretación de campos, como la información y el entretenimiento o la educación y la industria cultural.

Durante el siglo V a C., se cuestiono la posibilidad de que hubiera un conocimiento viable y objetivo. Por ello, uno de los principales sofistas, afirma que nada puede existir en realidad, que si algo existe no se puede conocer, y que si su conocimiento fuera posible, no se podría comunicar. Otro importante sofista, Prótagoras, mantuvo que ninguna opinión de una persona es más correcta que la de otra, porque cada individuo es el único juez de su propia experiencia.

Platón siguiendo a su maestro Sócrates menciona la existencia de un mundo de formas o ideas, invariables o invisibles,

sobre las que es posible adquirir un conocimiento exacto y certero. Entonces Platón mantenía que las cosas que uno ve y palpa son sombras, copias imperfectas de las formas puras que estudia la filosofía, en este caso el razonamiento filosófico abstracto proporciona un conocimiento verdadero, mientras que la percepción facilita opciones vagas e inconscientes. Concluyó que la contemplación filosófica del mundo de las ideas es el fin más elevado de la existencia humana.

Aristóteles siguió a Platón al considerar que el conocimiento abstracto es superior a cualquier otro, entonces Aristóteles mantenía que casi todo el conocimiento se deriva de la experiencia. El conocimiento ya sea por vía directa, con la abstracción de los rasgos que definen a una especie, de una forma indirecta, deduciendo nuevos datos de aquellos ya sabidos, de acuerdo con las reglas de la lógica para esto se debe observar lo estricto de las reglas de la lógica ya que por primera vez fueron expuestas de forma sistemática por Aristóteles.

Las escuelas del estoicismo y del epicureísmo coincidieron con Aristóteles ya que el conocimiento nace de la percepción pero se necesita una guía práctica para la vida y no como un fin de sí mismo. Después de varios siglos de declive el interés por el conocimiento racional y científico y en la edad media ayudan a devolver la confianza de la razón y la experiencia combinando los métodos racionales y la fe en un sistema unificado de creencias.

Se debe de considerar la percepción como un punto de partida y la lógica como el procedimiento intelectual para llegar a un conocimiento fiable de la naturaleza,, pero estimó que la fe en la autoridad de la Biblia era la principal fuente de la creencia religiosa.

En cuanto al materialismo metodológico es el ejercicio mismo del racionalismo materialista en cada curso de los análisis, construcciones o debates de carácter científico o filosófico, sin necesidad de que en estos cursos el materialismo aparezca "representado" o incluso aparezca representado con formulas espirituales. El racionalismo materialista se moldea sobre operaciones tecnológicas (Quirúrgicas) o prácticas concretas cuyo curso sólo puede seguir adelante cuando los materiales respectivos encuentran una concatenación objetiva.

Una de las características fundamentales del materialismo metodológico consiste en "poner el pie" en los materiales, inicialmente corpóreo, que están implicados en al cuestión debatida; y esta característica es deducible de la naturaleza operatoria de todo proceder racional, por un lado, y de la naturaleza corpórea de toda operación en cuanto vinculada al sujeto operatorio. En este caso el materialismo Metodológico puede definirse como una incesante reacción a las tendencias formalistas a tratar.

Otro caso a tratar sería la PEDAGOGÍA METODOLÓGICA desde una perspectiva pluridisciplinaria que integre los niveles local, regional y transnacional y los principales factores de la determinación del campo de lo educacional, la investigación en materia de comunicación y de comunicación revela tres problemas principales que limitan su avance y constitución disciplinaria: la falta de desarrollo del campo de la Comunicación Educativa, la ausencia de una conciencia teórico-metodológica de su campo de estudio y de la desvinculación de los planteamientos educacionales del contexto de la "totalidad general", estas limitaciones son en un proceso de formación y han dado como consecuencia la vaguedad conceptual, la inconsistencia teórica y la escasa sistematización del objeto de estudio, invalidando en parte en parte su reconocimiento académico entre la comunidad de investigadores.

En este caso se emplea para el desarrollo social ya que los investigadores que trabajan en el campo hay conflictos teórico-metodológico ya que en las áreas de estudio solo se resaltan estudios empíricos evaluables y medibles a corto plazo.

2.4. TEORIAS DEL CONOCIMIENTO

ORIGEN DEL CONOCIMIENTO

La cuestión del origen del conocimiento humano puede tener tanto un sentido psicológico como un sentido lógico.

Racionalismo (del latín: ratio, "razón"), en filosofía, sistema de pensamiento que acentúa el papel de la razón en la adquisición del conocimiento, en contraste con el empirismo, que resalta el papel de la experiencia, sobre todo el sentido de la percepción.

Literalmente es el modo de pensar, de filosofar que se basa en la razón el juicio, (en posición al irracionalismo). En la comprensión habitual racionalismo es sensatez de la inteligencia, cordura, es decir la capacidad del hombre, en su vida cotidiana u en su practica cognoscitiva, para juzgar sensatamente saliendo en lo posible del poder de los sentimiento y las emociones, para superar los -pro- y los -contra-.

El racionalismo ha aparecido de distintas formas desde las primeras etapas de la filosofía occidental, pero se identifica ante todo con la tradición que proviene del filosofo y científico francés del siglo XVII RENE DESCARTES, el cual creía que la geometría representaba el ideal de todas las ciencias y también de la filosofía. mantenía que solo por medio de la razón se podían descubrir ciertos universales, verdades evidentes en si, de las que es posible deducir el resto de los contenidos de la filosofía y de la ciencia.

Manifestaba que estas verdades evidentes en si eran innatas, no derivadas de la experiencia. Este tipo de racionalismo fue desarrollado por otros filósofos europeos, como el francés Baruch Spinoza y el pensador matemático alemán Gottfried Wilhelm Leibniz. Se opusieron a ella los empiristas británicos, como Jonh Locke y David Hume, que creían que todas las ideas procedían de los sentidos.

El racionalismo epistemológico ha sido aplicado a otros campos de la investigación fisiológica. El racionalismo en ética es la afirmación de que ciertas ideas morales primarias son innatas en la especie humana y que tales principios morales son evidentes en si a la facultad racional.

El racionalismo en la filosofía de la religión afirma que los principios fundamentales de la religión son innatos o evidentes en si y que la revelación no es necesaria, como en el deísmo. Desde finales del año 1800, el racionalismo ha jugado un papel antirreligioso en la teología.

El Racionalismo Lógico distingue estrictamente entre las cuestiones de origen Psicológico y las de valor lógico, e investiga cuidadosamente la fuente de la lógica.

La importancia del racionalismo consiste en que fija y determina el valor de la razón en el conocimiento. Se dice que el racionalismo lógico requiere validez universal, piensa que se puede llegar a la metafísica a través de vicios conceptuales, y de conceptos deduce conocimientos.

Por otro lado se encuentra el Racionalismo Inmanente el cual surgió en la edad moderna con Descartes y Leibnitz los cuales hablan de la teorías innatas. En donde según poseemos un determinado numero de conceptos innatos, estos conceptos se llaman: conceptos básicos del conocimiento, los cuales no proceden de la experiencia, sino que constituyen el patrimonio natural de la razón.

En este caso descartes habla que tales ideas son mas o menos perfectas y que para llegar al razonamiento humano tenemos dos principios:

Principio de Contradicción: aborda que las verdades de la razón nacen de la experiencia sensible.

Principio de la Razón Suficiente: aborda que las verdades de hecho son verdades innatas.

La filosofía de Descartes se basa en la duda metódica y los pasos eran:

- o Intuición, no admitir algo como verdadero sin tener evidencia.
- o Análisis, dividir cada una de las dificultades como sea posible.
- o Síntesis, conducir ordenadamente los pensamientos, empezando por lo mas simple.
- o Evaluación, hacer de todo enumeraciones para no admitir nada como cadena.

EMPIRISMO

El empirismo es la oposición al racionalismo (la razón y el pensamiento es la verdadera fuente del conocimiento), en el empirismo se dice que es la única fuente de conocimiento es mediante a experiencia, ya que el espíritu humano esta por naturaleza vacío o en blanco y que por medio de la experiencia procedan los conceptos.

Jonh Locke(1632-1704), pensador ingles, máximo representante de la doctrina filosófica del empirismo Nació el 29 de agosto de 1632 en Wrinton (somerset), estudio en la universidad de Oxford, donde impartió clases de griego, retórica y filosofía moral desde 1661 hasta 1664. En 1667 inicio su relación con el político ingles Anthony Ashley Cooper, primer conde de Shaftesbury, de quien fue amigo, consejero y medico..

Shaftesbury consiguió para Locke algunos cargos menores en el gobierno. En 1669, en el desempeño de una de sus funciones oficiales, Locke redactó una constitución para los colonos de Carolina, en Norteamérica, que nunca llegó a ser aplicada en 1675, después de que Shaftesbury hubiera perdido el favor de la corona, Locke se estableció en Francia.

Regresó a Inglaterra en 1679 pero debido a su oposición a la iglesia católica, que contaba con el apoyo de la monarquía inglesa en esa época, pronto tuvo que regresar al continente.

Desde 1683 hasta 1688 vivió en las provincias unidas y tras la llamada revolución gloriosa de 1688 y la restauración del protestantismo, regresó de nuevo a Inglaterra. El nuevo rey Guillermo III de Orange lo nombró ministro de Comercio en 1696, cargo del que dimitió en 1700 debido a una enfermedad falleció el 28 de octubre de 1704 en Oates.

El empirismo de Locke hizo hincapié en la importancia de la experiencia de los sentidos en la búsqueda del conocimiento en vez de la especulación intuitiva o la deducción. La doctrina empirista fue expuesta por primera vez por el filósofo y estadista inglés Francis Bacon a principios del siglo XVII, pero Locke la dotó de una expresión sistemática en su "ensayo sobre el entendimiento humano" (1690). Afirmaba que la mente de una persona en el momento del nacimiento es como una tabula rasa, una hoja en blanco sobre la que la experiencia imprime el conocimiento, y no creía en la

intuición o teorías de las concepciones innatas. También mantenía que todos los individuos nacen buenos, independientes e iguales.

Empirismo, en filosofía occidental, doctrina que afirma que todo conocimiento se basa en la experiencia, mientras que niega la posibilidad de ideas espontáneas o del pensamiento a priori. Hasta el siglo XX, el término el empirismo se aplica a la idea defendida sobre todo por los filósofos ingleses de los siglos XVII, XVIII y XIX.

De estos filósofos ingleses, John Locke fue el primero de dotarlo de una expresión sistemática, aunque su compatriota, el filósofo Francis Bacon, había anticipado algunas de sus conclusiones. Entre otros empiristas también se encuentra David Hume el cual pensaba que nadie puede conocer nada ajeno a la experiencia e incluso esta se basa en la percepción subjetiva de uno mismo, por lo que nunca proporciona un conocimiento auténtico de la realidad.

El pensador alemán Immanuel Kant intentó lograr un compromiso entre el empirismo y el racionalismo, restringiendo el conocimiento al terreno de la experiencia, y por ello coincidía con los empiristas, pero atribuía a la mente una función precisa al incorporar las sensaciones que en la estructura de la experiencia.

En los últimos años, el termino empirismo ha adquirido un significado mas flexible, y ahora es utilizado en relación con cualquier sistema filosófico que extrae todos sus elementos de reflexión de la experiencia.

El termino leyes empíricas se aplica a aquellos principios que expresan las relaciones que, según se aprecia, existen entre los fenómenos, sin que impliquen la explicación o causas de los fenómenos mismos.

David Hume (1711-1776), filósofo, historiador y economista escocés. Su pensamiento ejerció una notable influencia en el desarrollo del escepticismo y del empirismo Nació el 7 de mayo de 1711 en Edimburgo, estudio la universidad de esa ciudad, institución en la que se escribió con 12 años de edad, después instalo en Francia, desde 1734 hasta 1737 estudió con apasionamiento los problemas de la filosofía especulativa, durante ese periodo escribió el libro "tratado sobre la naturaleza humana", que constituye la síntesis de sus pensamientos..

El pensamiento filosófico de Hume estuvo profundamente influido por las teorías de John Locke y George Berkeley, al igual que este último diferenciaba entre la razón y los sentidos. Pero Hume fue mas allá e intentó probar que la

razón y los juicios racionales son tan solo asociaciones habituales con diferentes sensaciones o experiencias.

Hume dio un paso revolucionario en la historia de la filosofía occidental al rechazar las ideas de casualidad, argumentando que "la razón nunca podrá mostrarnos la conexión entre un objeto y otro si no es ayudada por la experiencia y por la observación de su relación con situaciones del pasado. Cuando la mente, por tanto, pasa de la idea o al impresión de un objeto, a la idea o creencia en otro, no se guía por la razón, sino por ciertos principios que asocian juntas las ideas de esos objetos y los relacionan en la imaginación".

El rechazo de la casualidad implica también un rechazo de las leyes científicas, que se basan en la premisa de que un hecho provoca otro de forma necesaria y, como resulta predecible, siempre lo hará. Según la filosofía de Hume, por lo tanto, el conocimiento de los hechos es imposible, aunque admitía que en la práctica de las personas tienen que pensar en términos de causa y efecto, y que debían de asumir la validez de sus percepciones para no enloquecer.

En cuanto a la dimensión ética de su pensamiento, Hume pensaba que los conceptos del bien y el mal no son racionales, sino que nacen de una preocupación por la felicidad propia, el supremo bien moral, según su punto de vista, es la benevolencia, un interés generoso por el

bienestar genera de la sociedad que definía como la felicidad individual.

"Como historiador, Hume rompió con la tradicional reseña cronológica de hazañas y hechos de Estado, e intentó describir las fuerzas económicas e intelectuales que habían tenido importancia en la historia de su país. Su Historia de Inglaterra se consideró un título clásico durante muchos años.

Sus contribuciones a la teoría económica, que influyeron en el filósofo y economista escocés Adam Smith y en otros economistas posteriores, incluyeron la teoría de que la riqueza depende de no sólo del dinero sino también de las mercancías, así como el reconocimiento de los efectos que las condiciones sociales tienen sobre la economía" .

INTELECTUALISMO

El intelectualismo es la doctrina filosófica que sostiene la preeminencia del entendimiento sobre la sensibilidad y la voluntad.

Doctrina epistemológica que opina que el racionalismo y el empirismo intervienen en la formación del conocimiento.

El intelectualismo admite que existen juicios lógicamente necesarios y universalmente válidos que se establecen no sólo sobre objetos ideales, también es admitido por los más calificados representantes del empirismo, el racionalismo estima que los elementos de tales juicios, los conceptos, son un patrimonio a priori de nuestra razón, el intelectualismo opina que proceden de la experiencia.

El intelectualismo opina que la conciencia lee en la experiencia, y de ahí su nombre (intelligere-intus leger) leer en el interior por lo tanto nada existe en el entendimiento que no haya estado antes en el sentido.

La forma en que se relaciona el intelectualismo con el racionalismo es que además de las imágenes intuitivas sensibles también existen los conceptos. su fundador es Aristóteles las ideas son las formas esenciales de las cosas, por otro lado, Santo Tomás de Aquino en la edad media desarrollo una tesis la cual dice que todo conocimiento de nuestro entendimiento deriva del sentido, por lo tanto Aristóteles como Santo Tomás afirman que el conocimiento de los principios se nos acerca por la experiencia.

APRIORISMO

Considera la experiencia y el pensamiento como fuentes del conocimiento definiendo la relación entre la experiencia y el pensamiento en un sentido directamente opuesto al intelectualismo el apriorismo presenta elementos a priori, independientemente de la experiencia.

Esta era también la opinión del racionalismo. Pero mientras este consideraba los factores a priori como contenidos, como conceptos perfectos, para el apriorismo estos factores son de naturaleza formal. No son contenidos, sino formas del conocimiento.

Estas formas reciben su contenido de la experiencia y en esto el apriorismo se separa del racionalismo y se acerca al empirismo. Los factores a priori semejan, en ciertos sentidos, recipientes vacíos, las intuiciones sin los conceptos están ciegas.

El factor a priori no procede, según él, de la experiencia, sino del pensamiento, de la razón. Esta imprime en cierto modo las formas a priori a la materia empírica y constituye de estas suertes los objetos del conocimiento. En el apriorismo el pensamiento se conduce receptiva y pacientemente frente a la experiencia, como en el intelectualismo, sino espontánea y activamente.

El fundador es Kant, su filosofía esta dominada por la tendencia a mediar entre el racionalismo de Leibniz y Wolf y

el empirismo de Locke y Hume; declaró que la materia del conocimiento procede de la experiencia, y que la forma procede del pensamiento. Con la materia se significan las sensaciones. Esto se verifica mediante las formas de la intuición y del pensamiento, las formas de intuición son el espacio y el tiempo.

Kant enlaza dos contenidos de la percepción mediante la forma intelectual de la casualidad, considerando el uno como causa, el otro como efecto y estableciendo así entre ellos una conexión casual. El intelectualismo deriva de los conceptos de la experiencia, mientras que el apriorismo rechaza esta derivación y refiere al factor racional, no a la experiencia sino la razón.

POSIBILIDAD DEL CONOCIMIENTO

DOGMATISMO

Dogma- doctrina fijada, posición epistemológica para la cual no existe todavía el problema del conocimiento, da posibilidad y realidad de contacto entre el sujeto y el

objeto. Se sustenta en una confianza, en la razón humana no debilitada por ninguna duda.

El dogmatismo no ve que el conocimiento es por esencia, una relación entre el sujeto y el objeto cree que los objetos del conocimiento no son dados absolutamente y no meramente por obra de la función Intermediaria del conocimiento.

Todos los valores suponen una conciencia valorante permanece tan desconocido como el que todos los objetos del conocimiento implican conciencia cognoscente.

El dogmatismo es la posición primera y mas antigua tanto psicológicamente como históricamente.

Las reflexiones epistemológicas no aparecen en general entre los presocráticos estos pensadores se hallan animados no sienten que el conocimiento mismo es un problema.

Este problema se plante con los sofistas estos son los que proponen por primera vez el problema del conocimiento y hacen que el dogmatismo resulte imposible para siempre dentro de la filosofía.

Desde entonces encontramos reflexiones epistemológicas bajo una u otra forma.

Kant creyó deber aplicar la denominación de "dogmatismo" a sistemas metafísicos del siglo XVII. Tiene en el un significado mas estrecho por su definición en la critica de

la razón pura("el dogmatismo es el proceder dogmatismo de la razón pura, sin la crítica de su propio poder").

No puede hablarse por lo tanto de un dogmatismo general y fundamental, sino de un dogmatismo especial. Se trata de un dogmatismo metafísica.

ESCEPTICISMO

El escepticismo al contrario que el dogmatismo se fija solamente en el sujeto ignorando la significación del objeto, según este el sujeto no puede aprehender el objeto en el sentido de aprehensión real del objeto.

El escepticismo lo encontramos desde la antigüedad, su fundador es Pirrón de Ellis(360-270) el dice que no se llega un contacto del sujeto y el objeto dice que a la conciencia cognoscente le es imposible aprehender su objeto, es una negación de las leyes lógicas del pensamiento, de contradicción, Pirrón considera y recomienda la abstención de todo juicio por tanto el escepticismo puede referirse tanto a la posibilidad del conocimiento en general como a la de un conocimiento determinado.

En el escepticismo encontramos clases habituales como:

Escepticismo medio ó académico sus representantes que son Arcesilio (241), Carneades(129), los cuales opinan que es imposible un saber riguroso no tenemos nunca la certeza de que nuestros juicios concuerden con la realidad solo hay probabilidad de llegar a una opinión probable.

Escepticismo posterior representándolo Enesdano (siglo I a. J. C.), y Sexto empírico(siglo II d. J. C.) los cuales vuelven al escepticismo pirrónico, a continuación el escepticismo lógico ó absoluto el cual se refiere la posibilidad de conocimiento general, a seguir el escepticismo metafísico representado por Hume que se refiere solo al conocimiento, se hable también del escepticismo ético el cual se refiere solo al conocimiento moral representado por Montaigne (1533-1592), el religioso dice que es imposible un conocimiento religioso.

También duda de todo, e incurre en una contradicción consigo mismo, además, no puede llevar a cabo ningún acto de pensamiento, como la hace supone la posibilidad de conocimiento.

PRAGMATISMO

Es contrario al escepticismo, abandona el concepto de la verdad en el sentido de la concordancia entre el pensamiento y el ser, según el verdadero significa útil, valioso fomentador de vida, modificando el concepto de la verdad

porque parte de una determinada concepción del ser humano, el hombre en primer termino no es un ser teórico pensante sino un ser práctico de voluntad, acción que recibe un sentido y su valor en su sentido práctico.

Su verdad consiste en congruencia de los pensamientos con fines prácticos del hombre que resulte útiles y provechosos para la conducta practica de este, el fundador del pragmatismo se considera el filosofo William James, que junto con otros representantes como Schiller proponiendo el humanismo, y que además era uno de los principales ateos, algunos en Alemania como Federico Niezsche donde enseña "la verdad no es un valor teórico sino tan solo una expresión para designar la utilidad, designar aquella función del juicio que conserva a la vida y que sirve a la voluntad del poderío".

También la filosofía de Vaihinger es en cierta forma pragmatista, según el hombre es un ser activo y habla de los supuestos concientemente falsos, que son considerados ficciones. También Jorge Simmel en su filosofía del dinero dice que "Verdadera es aquella representación que son motivos de acción adecuada y que sirve a la vida".

El error del pragmatismo consiste en no ver la esfera lógica en desconocer el valor propio perdiendo la autonomía del pensamiento humano

CRITICISMO

Es una posición intermedia entre dogmatismo y escepticismo el cual es llamado criticismo.

Este comparte con el dogmatismo la fundamental confianza de la razón humana.

Esta convencido que es posible una conocimiento humano, en general, la desconfianza hacia todo conocimiento determinado, examina todas las afirmaciones de la razón humana y no acepta nada despreocupante interroga los motivos, pide cuantas de la razón humana, su conducta es reflexiva y critica.

Orígenes existen donde hay reflexiones de epistemología con Aristóteles. Así como los Estoico, en la edad moderna con Descartes, Libnitz y locke y hume.

El fundador del criticismo es Kant que en el significa criticismo como método y sistema, dice representa una forma especial del criticismo general lo cual significa reconocer la teoría del conocimiento como una disciplina filosófica independiente y fundamental.

"La investigación del conocimiento no puede tener lugar de otro modo que conociendo, investigando, investigar no significa otra cosa que conocerlo".

La teoría del conocimiento no pretende carecer de supuestos al contrario entra en un examen crítico de bases del conocimiento humano, de sus supuestos y condiciones más generales.

2.5. TEORIAS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

TEORIA DEL CONDUCTIVISMO:

Cuando se habla de conductivismo aparece una referencia palabras tales como "estimulo" "respuesta" "refuerzo" y "aprendizaje" lo que sucede dar la idea de un esquema de razonamiento acotado y calculador. Pero este tipo de palabras se convierten en un metalenguaje científico sumamente útil para comprender la psicología. Actualmente nadie acotaría la terapéutica solamente esos ordenadores teóricos, ahora hasta los clínicos que se definen como conductistas usan esos elementos como un punto de partida, pero nunca se debe de perder la importancia interpersonal entre el paciente y la terapéutica, ni la vida interior de un ser humano, ni otros elementos, técnicas teorías inventivas que sirven para la tarea terapéutica.

Es importante estructurar la terapia con el paciente, descubrir el modo de aprendizaje social de la conducta desadaptativa. Explicar en que consiste

el tratamiento, cuales son las etapas de los tratamientos, etc,.

En primer lugar se prepara el paciente sobre los lineamientos de un tratamiento, luego se seleccionan situaciones conflictivas que se deben cambiar en la cuales se evidencia la problemática a tratar, para esto primero se llega a imaginar situaciones interpersonales en el consultorio, luego de simular esta circunstancia probando una modificatoria de la conducta propiamente dicha, para poder lograr paulatinamente el desempeño de nuevas conductas frente a situaciones reales. Más tarde se insistirá en la llamada "exposición en vivo" que es la exposición gradual a situaciones análogas a las que fueron tratadas durante varios años.

CONCEPTO DE LA CAJA NEGRA.

Menciona la lectura pragmática de Watzlawicketal (1965) da lugar, paradójicamente, a una versión interaccional de la caja negra del conductismo, de hecho el grupo de palo alto reindica explícitamente el concepto de caja negra y afirman que si bien es cierto que algunas relaciones permiten hacer deducciones con respecto a lo que realmente, sucede en el interior de la caja negra tal reconocimiento resulta esencial del aparato dentro del sistema más amplio del que forma parte.

PSICOLOGÍA CLINICA Y DE ORIENTACIÓN.

El asociacionismo es un proceso complejo, ya que los asociados son voluntarios que dedican una parte de su tiempo a poner en marcha la asociación a la que pertenecen. Todos los que forman parte de una asociación (socios, voluntarios y trabajadores) se tienen que comunicar para compartir valores, necesidades, sueños, preocupaciones, esperanzas y frustraciones, a partir de hay se encuentra lo que se tiene en común y se transmite.

Las asociaciones en su intento de mejorar la calidad de vida del paciente y prestarle su apoyo necesario debe perseguir los siguientes fines:

- Promover la agrupación de todos los afectados con esta enfermedad y sus familiares.
- Sensibilizar a la opinión pública y a la administración con el objetivo de conseguir una mejora tanto en la prevención, tratamiento y curación de esa enfermedad así como evitar todo tipo de barreras a la integración social y laboral.
- Facilitar información sobre la enfermedad.
- Potenciar todos canales de información y sistemas de ayuda.
- Potenciar la investigación básica y clínica en la enfermedad en cuestión.

- Cooperar con todas las entidades que tengan igual o similar finalidad.
- Fomentar los grupos de autoayuda.

En diversos casos cada persona tiende a reaccionar de forma individual ante el diagnóstico de una enfermedad. Es competencia del psicólogo reducir al mínimo las desventajas que generan las discapacidades que presentan los afectados, conocer las deficiencias en la esfera psicosocial y tratarlas en ese caso apoyando y asesorando a los enfermos y familiares, evaluarlos y realizar un abordaje terapéutico individualizado y grupal, confeccionando programas individuales y colectivos que incluyan el seguimiento, con programas de higiene mental, para prevenir desequilibrios y promocionar la salud mental de los beneficiarios.

La Organización Mundial de la Salud ha definido cinco grupos prioritarios para una evaluación de carácter internacional de nivel de calidad de vida, y el primero de estos grupos corresponde a los pacientes con enfermedades agudas y crónicas.

TEORIA DE LOS SISTEMAS.

Desde el punto de vista de la enfermedad, y el estar enfermo adquiere otros significados, la enfermedad no es un desvío sino una forma de cómo el organismo y los entes vivos buscan una armonía que en un momento han perdido, pero se busca esa armonía dentro de un orden que le es propio es una singularidad interdependiente, no una individualidad.

El buen terapeuta neural debe entender esto en toda su extensión, complejidad, significado y responsabilidad, ya ve que no se trata de hacer lo mismo, en este caso se impone un Modelo de salud establecido con sus valores químicos y sus significados clínicos. Con la terapia neural se trata de buscar cambios y procesos de sanación que permita la trascendencia del ser.

Todo este proceso se puede hacer posible en un mundo en que los procesos vitales están relacionados entre sí, la causa de los eventos no están causados al azar, están relacionados entre sí esto lleva a la TEORÍA DE LOS SISTEMAS y de COMPLEJIDAD.

La visión del TODO cambia ya de fondo formando partes que se ensamblan por un mecanismo de relaciones influyentes en el cual sería una emergencia.

En los años 60 del siglo XX Ludwig Von Bertalanfy presenta diversos tipos de las teorías de los sistemas el cual menciona que en lo biológico la visión lineal de simple ensamble no funciona.

Si se mira el organismo como un proceso sistémico alejado del equilibrio se ve claramente cualquier alteración en los puntos que repercute en todo y se presenta en un todo un cambio emergente.

El sistema se puede definir como un organismo o formación que se comporta como un todo integrado cuyas propiedades esenciales emergen en relaciones y el interaccionar de sus partes que se comportan como sucesos de un conocimiento en el cual las propiedades del organismo se pierden.

En cuanto a 1847 Valentín G, en Berna, suiza asegura que a pesar de estar de acuerdo con las

teorías de Galeno donde menciona que lo más importante es la micción que se da de la contracción muscular de los músculos abdominales jugando con un papel en el cual convierte en Higienista lo cual desfavorece a la próstata.

En psicoproctología es la ciencia que se dedica al estudio profundizado y más recóndito del humano que del alma. Los lechos teóricos del psicoproctólogo han sido considerados por Jacinto Milk Aquino Water, el cual contrasta su vida a la práctica de la medicina en el cual su idea básica determina el concepto teórico-práctico en una examinación de la próstata. Donde se cree que la prevención era la profilaxis más correcta en las neoplásias de la próstata así como el escozor purulento del pavilion recto funicular.

Aunque por definición de la próstata no debe evidenciarse una infección algunos de los investigadores han postulado que podría ser producida por gérmenes fastidiosos o pocos comunes el cual se estudia revelando cultivos de las secreciones prostáticas, aislando el 68% Estafilococo coagulasa negativo.

En la inflamación, Inmunología y Bioquímica otros investigadores han postulado que la próstata es un proceso inflamatorio o inmunológico el cual se corrobora con una fuerte relación entre los niveles de interleukina 1B y el factor de necrosis tumoral alfa en el semen de hombres con síndrome de dolor pélvico crónico.

Entre otros los factores psicológicos se menciona la falta de respuesta al tratamiento somatización, neurosis o problemas sexuales.

Otra de las teorías más comunes es en cuanto a la proyección Astral el cual menciona técnicas de éxtasis elaborada a través de la síntesis de varias prácticas extáticas de otras culturas como los Chankras en los cuales los puntos importantes de energía son para la salud y la vida.

No es la ubicación una casualidad más bien esto se relacionan con la estructura energética, con el sistema nervioso y el sistema endocrino; el cual

coincide con la próstata en los hombres y en los ovarios con las mujeres siendo para transformar la energía primitiva al primer Chankra.

Por otro lado, las teorías hemodinámicas (mecanicistas) que abogan por la diseminación de las células neoplásicas prostáticas a través de los plexos vertebrales, comunicados con la vascularización pelviana y costal, cuando aumenta la presión intra-abdominal se demuestra empíricamente la implantación vertebral de la línea celular de cáncer de próstata humano inoculado intravenosamente ante la oclusión de la vena cava inferior.

Las teorías basadas en el órgano tropismo del cáncer de próstata por el tejido óseo, en este sentido se conoce que las células de cáncer de próstata son capaces de metastatizar en el hueso utilizando moléculas de adhesión celular con receptores específicos en el endotelio sinovial de la molécula ósea, para esto apartir del medio condicionado por fibroblastos prostáticos y de la médula ósea se han aislado factores mitógenos de algunas líneas y cáncer de próstata humano.

Con la edad aumenta el nivel de DHT intra prostático, estimulándose el crecimiento y la producción de células prostática, aunque en alguno de los estudios de Walsh en 1983 surge que es necesario un nivel crítico de DHT, no se ha evidenciado en grandes diferencias en pacientes con próstata normal.

Desde que Gutman demuestra en 1938 la importancia de la enzima FAP en los pacientes con cáncer de próstata metastático y a que Huggins y Hodges la utilizaron como marcador tumoral en el seguimiento de los pacientes orquidectomizados, se ha logrado importantes avances en el conocimiento de la conducta biológica, tratamiento y seguimiento del cáncer de próstata.

Los cánceres de próstata necesitan para su desarrollo y progresión del estímulo hormonal androgénico, por lo que su derivación produce un retardo en su crecimiento y una involución temporal en mucho de los tumores. Esto ha permitido

resultados en cuanto a supervivencia, mejoría de los síntomas e incluso regresión de metástasis.

Antes de tomar en cuenta el desarrollo de la prostatectomía radical, la supresión hormonal fue el tratamiento de elección para el cáncer de próstata. Posteriormente, esta se reservó como tratamiento alternativo y complementario en los estudios avanzados y como terapia adyuvante en los fracasos del tratamiento quirúrgico radical.

La castración quirúrgica, los estrógenos en dosis bajas y más recientemente los agonistas de Lh, son algunas de las alternativas utilizadas en el tratamiento de los estadios avanzados. En presencia de metástasis óseas, la hormonoterapia se asocia con una mejoría del 60 a 80% de los pacientes, aunque existe un 40 a 34% que se presentan progresión de la enfermedad en los 12 primeros meses.

El tratamiento estándar propuesto para el manejo del cáncer avanzado es el bloqueo hormonal mediante agonistas LhRh, es decir un tratamiento farmacológico, mediante la inyección mensual del

agonista, con lo cual se logra disminuir los andrógenos circulantes a menos de un 10% , siendo la diferencia determinada por los andrógenos suprarrenales.

Otras de las más importantes son la teorías de la reactivación embrionaria que se basa en la interacción estroma - epitelio que en la próstata sana es de 2 a 1 de 5 en 1 por parte de la hiperplasia benigna de la próstata ya que McNeal piensa que existe un mecanismo de reactivación del estroma por la aparición de nuevos clones celulares de origen embrionario, dando lugar a un aumento por germinación glandular en algunas zonas de la próstata generando nuevos alvéolos nuevos.

La teoría de las células primordiales dan a la próstata como un tejido renovable en el cual existe un equilibrio entre la proliferación y la muerte celular. Si se altera este equilibrio por un aumento de la proliferación o una disminución de la muerte celular por influjo de los andrógenos se genera un aumento del tejido prostático.

La teoría de los factores del conocimiento regulan el conocimiento prostático controlando una serie de factores reguladores (estimuladores e inhibidores). Los factores de crecimiento son polipéptidos que mediante receptores específicos regulan el crecimiento, la diferenciación y muerte celular.

LA HIPERTROFIA DE LA PRÓSTATA.

Eventualmente, todos los hombres desarrollan una próstata hipertrófica (ampliada) al llegar hacer ancianos. La próstata es una glándula situada debajo de la vejiga y alrededor de la uretra. Está glándula produce líquido seminal que contiene esperma. Una próstata ampliada pone presión sobre la uretra (conducto que transporta la orina hacia fuera de la vejiga) e impide el flujo de la orina. Esta condición se llama la Hiperplasia benigna de la próstata o BPH.

Aunque los síntomas se parecen al cáncer de la próstata, la BPH no es cancerosa. No se sabe la causa exacta de la BPH. Los científicos piensan que se debe a niveles altos de la hormona, estrógeno.

Esto resulta cuando a los hombres le faltan suministros de la hormona, testosterona. El estrógeno estimula el crecimiento de la célula prostática. Otras teorías indican que la acumulación de un derivado de la testosterona se llama DHT, también estimula el crecimiento de las células.

Al fin, otros científicos piensan que los mensajes genéticos "despiertan" a las células y provocan el crecimiento de nuevo. Se tiene más riesgo de sufrir de la BPH al ser mayor de 40 años de edad.

En este caso la hiperplasia benigna de próstata (BPH) es un trastorno que se encuentra en la mayor parte de los hombres.

Con el paso del tiempo se puede a un crecimiento prostático benigno (CPB), obstrucción prostática benigna (OPB) y a síntomas del aparato urinario inferior (SAVI).

EPIDEMIOLOGICAMENTE.

La hiperplasia benigna de la próstata es más común en el varón de esta edad dependerá de la replicación más rápida de acuerdo a la edad madura.

El tratamiento quirúrgico de la Hiperplasia benigna de la próstata es el segundo procedimiento operatorio más común en la población de México con un cálculo de uno de cada cuatro varones al igual que en Estados Unidos de México que se utiliza como un tratado de la BPH sintomática.

El envejecimiento y los andrógenos siguen los únicos factores etiológicos de la BPH, ya que el crecimiento de la BPH implica un equilibrio entre la proliferación celular y la muerte programada celular (Apoptosis) en la que los andrógenos incrementan tanto la proliferación celular como la inhibición de la apoptosis.

En la cual la testosterona se convierte en Dididrotestosterona (DTH) en la célula prostática mediante la enzima ingresando al núcleo y activa las

transcripción de DNA en los genes dependientes de andrógenos.

DIAGNÓSTICO.

Es la valoración inicial del prostatismo en todos los pacientes sintomáticos debe incluir una historia de vaciamiento, examen físico, urianálisis, medición de la creatinina sérica y en la mayor parte de los casos, prueba antígeno prostático. Otras investigaciones que pueden ser necesarias incluyen imagenología diagnóstica, cistoscopia, uroflujometría, medición de la orina residual después del vaciamiento y estudios de presión de flujo.

SÍNTOMAS.

El paciente experimenta un resultado de la combinación de factores estáticos y dinámicos y la respuesta de la vejiga a la obstrucción, como el cambio en la función del músculo detrusor, enfermedad uretral, trastornos neurológicos,

anomalías metabólicas, e infección o infarto prostático presentando estrés, temperaturas bajas y fármacos simpatomiméticos esta relacionado con la actividad adrenérgica al nivel de la próstata y actividad anticolinérgica en la vejiga.

Los síntomas iniciales comunes son la nicturia, frecuencia y goteo después de la micción son consecuencia del desarrollo de la irritabilidad de la vejiga temprana del músculo liso detrusor. El cual la obstrucción no aliviada da por resultado después la progresión de los síntomas y posteriormente la descompensación de la vejiga, retención urinaria, desarrollo de divertículos vesicales, tono y sensibilidad disminuidas y en la situación más grave, ureterohidronefrosis y azoemia.

TRATAMIENTO.

1. Terapéuticas no invasivas para HPB:

- Espera vigilante.
- Fitoterapia.
- Antagonistas alfa - adrenérgicos.
- Hormonal.

2. Terapéuticas invasivas para HPB:

- Resección transuretral de la próstata (RTUp).
- Prostatectomía abierta.
- Electro vaporización transuretral de la próstata.
- Termoterapia transuretral de la próstata.
- Ablación transuretral con aguja.

En el caso de la RESECCIÓN TRANSURETRAL DE LA PRÓSTATA (RTUP) se realiza con anestesia espinal o general. Se coloca uretralmente un reseptoscopio y se elimina los lóbulos obstructivos de la próstata así como los restos de tejido que se envían para análisis patológicos. Al final del procedimiento se coloca catéter en la uretra durante uno a tres días con irrigación de la vejiga hasta que se detenga el sangrado.

El resultado es excelente para un 80 a 90% de los pacientes con mejorías notables en los síntomas y la velocidad de flujo.

La tasa de mortalidad es de 0.2% probablemente no es diferente de los controles apareados por

edades. Sin embargo, la tasa de mortalidad puede ser alta e influye fracaso en el vaciamiento (6.5%), sangrado que requiere transfusión (3.9%), retención de coágulos (3.3%), hiponatremia dilucional (2%), contractura capsular (2%), eyaculación retrógrada (50^a 95%), contractura del cuello de la vejiga (1 a 2%) estrechez uretral (3%).

En la PROSTATECTOMÍA RADICAL se presenta en los varones con grandes (>100 ml de volumen), la RTUp puede requerir un tiempo prolongado de resección y un incremento potencial de complicaciones como absorción de líquido a partir de la irrigación de la vejiga, junto con un espacio y estrechez. Una operación abierta a través del espacio retropúbico es un tratamiento alternativo eficaz, seguro y rápido con resultados ligeramente mejores, y en menor incidencia de la mayoría de las complicaciones de largo plazo. La principal desventaja son la necesidad de un drenaje más largo con catéter, tiempo de hospitalización aumentado y esclerosis ligeramente más numerosa del cuello de la vejiga.

Una de las ultimas hipótesis es la teoría endocrina que, Virgilio García Rodríguez Acosta en la actualidad aún es una concepción incompleta aunque tiene muchas perspectivas de versimilitud. Se

sabe que después de la castración se atrofia la próstata y que la hipofisectomía da lugar a efectos semejantes; por otra parte la extirpación de los testículos provoca un aumento en el tamaño de la actividad de la hipófisis, de aquí surge para considerar la hipertrofia prostática como consecuencia de un desequilibrio endocrino. Otros autores tienen la creencia que el testículo produce hormonas; la androtina y la inhibina; esta última ha sido dada por Coger, Wolsh y Moore que rige el desarrollo de las glándulas sexuales secundarias al estar regulada por la pituitaria.

CALIDAD Y PROGRAMA.

En la actualidad el término "Calidad" está relacionado con las presentaciones médicas esto resulta familiar a la mayoría de los profesionales de la salud.

Al presentarse numerosos artículos sobre calidad, aseguramiento de calidad, calidad de atención, mejoría de calidad, control de calidad, etc. Aparecen en diarios y revistas de interés general, publicaciones científicas, conferencias, simposios y normas emitidas por diversas entidades,

sociedades médicas y organismos relacionados con la Salud Pública.

Aún así los elementos básicos de la implementación de un problema de calidad en una institución de salud son mal comprendidos.

Los numerosos profesionales reaccionan al deber sobre calidad de atención con miedo, escepticismo o desinterés. Hasta hace poco se confiaba primariamente en el juicio profesional individual para asegurar que los pacientes recibieran un cuidado médico de alta calidad, las instituciones de salud solo en algunos casos monitoreaban resultados como mortalidad e índice de infecciones como indicadores de calidad. La situación ha cambiado dramáticamente.

Ante el marcado y permanente esfuerzo de las instituciones que financiaban programas de salud en reducir costos, la implementación de programas y normas de calidad en la atención de pacientes constituye en una actividad en la que la mayoría de los profesionales de la salud se verán interesados e involucrados en el futuro.

El empleo de herramientas que midan la calidad de los procedimientos y terapéuticas sobre una base confiable y científica, el procesamiento de los resultados de la atención obtenidos y analizados estadísticamente serán indispensables para convencer a las autoridades sobre una adecuada asignación de recursos.

El compromiso de médicos profesionales de la salud en la medición y manejo de programas de calidad no es simplemente deseable sino esencial para el mejoramiento de la calidad.

En 1984 "The American Medical Association" definió de alta calidad como aquel que Contribuye consistentemente al mejoramiento o mantenimiento de calidad y-O duración de la vida". Dicha asociación identificó atributos específicos del cuidado que deberían ser examinados determinando su calidad, con especial énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, participación informada de la medicina y el uso eficiente de los recursos.

Los profesionales de la salud naturalmente tienden a definir calidad en términos relacionados con los atributos y resultados de la atención provista por los prestadores y recibida por los pacientes. Estas definiciones tienden a enfatizar la excelencia técnica con que la atención es provista. Pero la calidad técnica de la atención de la salud tiene al menos dos dimensiones:

- a) Servicios adecuados y apropiados.
- b) Utilización idónea de los recursos en beneficio de los pacientes.

Si solo se considera la estructura técnica de los servicios, el costo de la atención médica podría incrementarse continuamente sin producir mejoras correspondientes en la salud.

Quizás el cambio más importante en los últimos años ha sido creciente reconocimiento y resistencia que la atención debe responder a los valores y preferencias de los consumidores de los servicios de salud especialmente los pacientes individuales.

Si una de las definiciones de calidad más ampliamente usada en la actualidad fue formulada por "Institute of Medicine" en 1990, sostiene que la calidad consiste en "el grado al cual los servicios de salud para individuos y poblaciones que incrementan la probabilidad de resultados deseables para la salud y son consientes con el conocimiento profesional actual".

En función del mejoramiento de la calidad de atención y de vida existe una confluencia de intereses entre profesionales de la salud y la población que jerarquizan éticamente la labor de los mismos revalorizando su rol social.

METODOLOGÍA DEL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD.

Se en la actualidad con métodos sofisticados y eficientes en la medición de la calidad de atención que pueden ayudar a profesionales e instituciones a mejorar la calidad del cuidado médico que proveen. La calidad de atención puede ser establecida en varios niveles, desde el profesional individual de

la salud hasta el cuidado provisto por un plan nacional de salud.

De acuerdo a los preceptos de Donabedian la calidad de atención puede ser evaluada sobre la base de estructura, proceso y resultado:

En el nivel instituciones de salud corresponde a la siguiente descripción:

- ESTRUCTURA: Planta física, equipamiento, insumos, staff profesional y técnica, diversos materiales, credenciales y matrículas, características de los pacientes "nada asegura como son utilizados los diversos elementos".
- PROCESO: Manuales de procedimientos, definición de responsabilidades, modelos de cuidados médicos y técnicas, relaciones interpretaciones de staff y pacientes.
- RESULTADOS:
 - De la evolución clínica estado funcional, estudios complementarios, indicadores de morbilidad, mortalidad.

- De la experiencia del paciente: estado de bienestar general y satisfacción con la atención (Introducción al concepto de "Calidad de vida").

Tradicionalmente los esfuerzos en aseguramiento de calidad más a menudo han enfocado los esfuerzos en factores identificados con regulaciones gubernamentales, acreditación de servicios, chequeo de documentación y credenciales, raramente han efectuado algún esfuerzo en tratar de mejorar directamente los resultados de la atención de los pacientes.

La comprensión de la complejidad y diversidad de un grupo de pacientes es el primer paso en establecer calidad basado en resultados.

Si se evalúan resultados de la atención primero debe haber una caracterización de los pacientes al ingreso del programa. Edad, sexo, raza y enfermedad primaria son considerados por el registro norteamericano de pacientes en tratamiento. Diagnóstico secundario y factores de morbilidad constituyen elementos a tener en cuenta en la consideración de cualquier análisis de resultados.

Todos estos factores pueden incidir en la calidad de atención en los servicios y en la calidad de vida de los pacientes. Datos provenientes del proceso son habitualmente más sensibles en la medición de la calidad que los resultados; ya que cuando hay un error en la provisión de cuidado de salud no siempre ocurre una diferencia estadísticas de empeoramiento de resultados.

Deberán decidirse en la implementación de un programa de métodos que serán utilizados para establecer y medir calidad de atención, el siguiente paso será determinar fuentes apropiadas de obtención de datos: registros médicos, administrativos, de los pacientes, datos recolectados específicamente, etc.

Las mediciones de mejoría de la calidad han sido fuertemente influenciadas por el progreso en los sistemas de información, tecnologías informáticos y técnicas de comunicación. Estos avances hacen cada vez más fácil, rápido y barato recolectar información útil de múltiples fuentes.

Una de las más importantes ciencias nuevas que colaboran en la medición de la calidad y su mejoría es la epidemiología clínica, la que se usa herramientas estadísticas para clarificar las implicaciones de las distintas modalidades del accionar de los profesionales de salud.

El desafío es identificar las variaciones que producen los mejores resultados, la epidemiología clínica ha provisto algunas de las herramientas con la que los médicos pueden encontrar respuestas a este desafío.

EL PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.

La función más importante del aseguramiento de la calidad es la propia dedicación de esfuerzos hacia la mejoría en la calidad: todos los líderes de grupo: directores médicos, coordinadores, jefes de técnicos, administradores deben primero tener conciencia de la importancia y utilidad del mejoramiento de la calidad de los procesos de la

unidad y comprender el mejoramiento de la calidad como un proceso en sí mismo

Esta aproximación al problema se denomina mejoramiento continuo de la calidad (Continuous Quality Improvement CQI). El sistema no establece umbrales, persigue un progresivo incremento de la excelencia a través de un sistemático análisis de los procesos, sus resultados directos e inmediatos y la inmediata implementación de cambios para mejorar los procesos y sus resultados; realimentando el comienzo del ciclo con continuos cambios (Modelo de Nolan).

Esta aproximación al problema se denomina mejoramiento continuo de la calidad (Continuous Quality Improvement CQI). El sistema no establece umbrales, persigue un progresivo incremento de la excelencia a través de un sistemático análisis de los procesos, sus resultados directos e inmediatos y la inmediata implementación de cambios para mejorar los procesos y sus resultados; realimentando el comienzo del ciclo con continuos cambios (Modelo de Nolan).

C A P I T U L O 3

METODOLOGÍA.

3.0 MÉTODO.

Se define como el camino que conduce a una meta, a fin, considerado que va más allá del camino. Entonces la Metodología será la ciencia que se ocupa del método.

El Método científico es el conjunto de procedimientos que se utilizan para obtener conocimientos científicos, el modelo de trabajo o pauta general que orienta la investigación. El estudio del método o de los métodos, si se quiere dar un concepto en un alcance más general; se denomina Metodología, y esta abarca la justificación y la discusión de su lógica interior, el análisis de los diversos procedimientos concretos que se emplean en las investigaciones y la discusión acerca de sus características, cualidades y debilidades.

Sin embargo, se suele utilizar la palabra metodología en sentidos diferentes, opuestos a veces al anterior: se

habla así de "metodología de la investigación" para hacer referencia a los pasos y procedimientos que se han seguido en una indagación determinada, para designar los modelos concretos de trabajo que se aplican en una determinada disciplina o especialidad y también para hacer referencia al conjunto de procedimientos y recomendaciones que se transmiten al estudiante como parte de la docencia en estudios superiores.

También suelen designarse como métodos los estilos de trabajo peculiares de cada disciplina (por ejemplo: "el método antropológico") y las formas particulares de investigación que se utilizan para resolver problemas específicos de indagación, como cuando se habla del "método cualitativo", el "método experimental" o el "método estadístico".

3.0.1. CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS.

Los cuatros métodos más utilizados lógicos y generales:

1. Analítico.
2. Deductivo.
3. Sintético.
4. Inductivo.

1. MÉTODO ANALÍTICO:

Consiste en descomponer un todo sus partes , para observarlas y sacar de ellas las conclusiones importantes.

2. MÉTODO DEDUCTIVO:

Este parte de los mayor a lo menor, de lo general a lo particular, o la menos genera, mediante un proceso racional. Se dice que la deducción es solamente la interpretación de aquellas proposiciones generales por inducción.

3. MÉTODO SINTÉTICO:

Se ocupa de integrar en un todo sus diversas partes que se encontraban sin relación alguna entre ella misma.

4. MÉTODO DE INDUCCIÓN:

En cuanto al campo de la lógica, proceso en el que se razona desde lo particular hasta lo general, por el contrario que con la Deducción. La base de la inducción es la suposición de que si algo es cierto en algunas ocasiones también lo es en las situaciones similares aunque no se hayan observado. La probabilidad de acierto depende del número de fenómenos observados. Una de las formas más simples de inducción aparece al interpretar las encuestas de opinión, en las que las respuestas dadas por una pequeña parte de la población total se proyectan para todo un país. Este método Inductivo fue desarrollado por filósofos como: Francis Bacon, David Hume, John Stuart Mill y Charles Sanders Peirce.

John Stuart Mill fue quién creo los principales procedimientos de la inducción con sus cuatro métodos:

1. El método de la concordancia.

2. El método de diferencia.
3. El método de las variaciones concomitantes.
4. El método de residuos.

El Método Inductivo pasa de los hechos particulares a los conceptos más generales. Este método se emplea principalmente en las ciencias experimentales. Del procedimiento Inductivo se forman leyes científicas y aquellos principios fundamentales e independientes; es decir, el razonamiento inductivo tiende a descubrir nuevas leyes y se le ha considerado como la fuente creadora del conocimiento nuevo.

Los métodos que se han utilizados en la filosofía provienen de los factores que actúan en la experiencia, concepto que reviste gran importancia porque en él se afirma una síntesis entre la realidad o el mundo exterior y el ser humano.

La Conciencia es conocida como un mundo interno en el que se determina la vida cultural y dentro de ella se encuentra la actividad filosófica.

Entonces las relaciones entre la Filosofía y la ciencia hacen necesario mencionar los métodos filosóficos.

Entonces la Filosofía de la ciencia es la investigación sobre la naturaleza general de la práctica científica. La filosofía de la ciencia se ocupa de saber cómo se desarrollan, evalúan y cambian las teorías científicas, y si la ciencia es capaz de revelar la verdad de las entidades ocultas y los procesos de la naturaleza.

Se determina que los factores de la experiencia son la realidad y el hombre, el mundo externo y el mundo interno.

De estos factores se derivan los métodos que se han empleado en la filosofía, y las posturas filosóficas pueden agruparse en tres grandes sectores, que corresponden a las formas de relación con el objeto de conocimiento:

1. Método realista:

Incluyen diferentes posturas en contra de la Filosofía de la Ciencia tradicional. Este movimiento defiende que no existe una superioridad de la ciencia sobre el resto de tradiciones o métodos de conocimiento, afirma que las teorías científicas no se libran de valores no epistémicos, apuesta por un conocimiento de la actualidad, es decir, hay una tendencia hacia la sociología y un alejamiento del reduccionismo físico. El relativismo no cree, al contrario que el positivismo, en un proceso ilustrado e ilustrador lineal que por medio de la ciencia nos proporcione el progreso. En definitiva, desde esta corriente contraria al positivismo se propone una mayor atención a los métodos alternativos a la práctica científica.

2. Método Idealista:

Pretende reducir al mundo en una actividad del espíritu pretende identificar lo real con las razones, el sujeto con el objeto o conciencia.

3. Método Dialéctico:

En filosofía este método investiga la naturaleza de la verdad mediante el análisis crítico de conceptos e hipótesis. Uno de los primeros son de los diálogos del filósofo Griego Platón, realiza el estudio de la verdad a través de la discusión en forma de preguntas y respuestas. El más famoso alumno de Platón, Aristóteles, entiende la dialéctica como la búsqueda de la base filosófica de la ciencia, y utiliza a menudo el término como sinónimo de la ciencia de la lógica.

El filósofo alemán Georg Wilhelm Friedrich Hegel aplica el término dialéctica que es una sistema filosófico. Pensó que la evolución de las ideas se produce a través de un proceso dialéctico, es decir, un concepto se enfrenta a su opuesto y como resultado de este conflicto, se alza un tercero. Esta obra se basa en la concepción idealista de una mente universal que, a través de la evolución, aspira a llegar al más alto límite de autoconciencia y de libertad.

El filósofo alemán Karl Marx aplicaba el concepto de dialéctica a los procesos sociales y económicos. El llamado materialismo con frecuencia ha considerado como una revisión del sistema Hegeliano, afirma que las ideas sólo son el resultado del determinismo de las condiciones materiales dadas.

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.

A lo largo de la historia de la ciencia han surgido diversas corrientes de pensamientos tales como el Empirismo, Materialismo Dialéctico, el Positivismo, la Fenomenología y el Estructuralismo, las cuales han originado diferentes rutas en la búsqueda del conocimiento. Sin embargo a las diferentes premisas que las sustentan, desde la segunda mitad del siglo XX tales corrientes se han popularizado:

1. ENFOQUE CUANTITATIVO.

2. ENFOQUE CUALITATIVO.

Estos enfoques utilizan cinco fases similares relacionados entre sí (Grinnell, 1997):

- a) Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
- b) Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluaciones realizadas.
- c) Prueban y demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
- d) Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
- e) Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar, cimentar, y/o fundamentar las suposiciones e ideas; o incluso para generar otras.

ENFOQUE CUANTITATIVO:

"Una recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento" (Hernández, 6, 2003).

El enfoque cuantitativo regularmente elige una idea, que transforma en una o varias preguntas de investigación, después de esto deriva hipótesis y variables; desarrollando un plan para probarlo; mide las variables en un determinado contexto; Analiza las mediciones obtenidas (con frecuencia utiliza métodos estadísticos), y establece una serie de conclusiones respecto a las hipótesis de una población.

ENFOQUE CUALITATIVO:

" Utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación y puede no probar la hipótesis en su proceso de interpretación" (Hernández, 6, 2003).

La investigación del enfoque Cualitativo es guiada por áreas o temas significativos de investigación, en este caso este estudio puede desarrollar preguntas e hipótesis, para que estas actividades puedan servir primero para descubrir cuales son las preguntas de la investigación más importantes y luego responderlas este proceso en si es con hechos y su interpretación en ambos sentidos.

Para esta investigación se va utilizar el enfoque Cuantitativo ya que este acorta la información, pero midiendo con precisión las variables del estudio; en si la esencia de este enfoque es cuantificar y aportar evidencia

a una teoría que se tiene para explicar algo; la teoría se mantiene hasta que se alcanza una mejor explicación ya que este enfoque se asocia con los experimentos las encuestas con preguntas cerradas o los estudios que emplean instrumentos de medición estandarizados.

3.2. TIPOS DE INVESTIGACIÓN:

Ciertos autores de la metodología de la investigación clasifican los tipos de investigación en tres: estudios exploratorios, descriptivos y explicativos. Sin embargo para evitar algunas confusiones se adopta la clasificación de Danhke (1989) quién los divide en:

- a) Exploratorios.
- b) Descriptivos.
- c) Correlacionales.
- d) Explicativos.

Para realizar estudios se requieren de estrategias para la investigación de los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, el muestreo y otros componentes del proceso de investigación son distintas.

A) ESTUDIOS EXPLORATORIOS:

"Las investigación exploratoria se realiza cuando el objetivo consiste en examinar un tema poco estudiado" (Hernández, 2003).

Este estudio se efectúa normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tiene muchas dudas o no se ha abordado antes.

Cuando la revisión de la literatura revela que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente con el problema de estudio, o bien si se desea indagar sobre el tema y áreas desde nuevas perspectivas o ampliar las existencias.

Entonces este estudio sirve para familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para las investigaciones futuras o sugerir afirmaciones y postulados.

B) ESTUDIOS DESCRIPTIVOS:

"Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice" (Hernández, 2003, 119).

"Este estudio busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis" (Danhke, 1989).

Entonces busca especificarlas propiedades, las características y los perfiles importantes de estudio, miden y evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es recolectar datos (para los investigadores cuantitativos, medir; y para los cualitativos recolectar información).

Los estudios descriptivos pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos a las variables a los que se refieren en dichos estudios. También este tipo de estudios pueden ofrecer la posibilidad de predicciones o relaciones aunque sean poco elaboradas.

C) ESTUDIO CORRELACIONALES.

"Los estudio correlacional tiene como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más variables o conceptos" (Hernández, 2003, 122).

Este estudio pretende responder a preguntas de investigación, tiene como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables (X,Y).

Los estudios cuantitativos correlacionales miden el grado de relación entre esas dos o más variables; es decir miden cada variable presuntamente relacionada y después también miden y analizan la correlación y expresan la hipótesis sometida a pruebas. En los estudios cualitativos se tiene un alcance correlacional entre dos o más conceptos, categorías o variables aunque no se mide la relación ni se establece numéricamente su magnitud en la investigación.

D) ESTUDIOS EXPLICATIVOS:

“La investigación explicativa pretende establecer las causas de los eventos, sucesos o fenómenos que se estudian” (Hernández, 2003, 124).

Estos estudios van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o de establecimiento de relaciones entre conceptos, dirigidos a responder a las causas de los eventos, sucesos y fenómenos físicos y sociales. Se centra a explicar porqué ocurre un fenómeno y en las condiciones que se da este y se relaciona con dos o más variables.

En este caso el observador de comportamientos intolerantes, analizar sus causas o factores que los generan lleva su investigación a un plano explicativo.

Las investigaciones explicativas son más estructuradas que las demás clases de estudios, y de hecho, implican los

propósitos de ella (exploración, descripción y correlación o asociación); además de que proporcionan un sentido de entendimiento.

3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

"Plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación" (Hernández, 2003, 185).

El diseño señala al investigador lo que debe hacer para alcanzar sus objetivos de estudio y para contestar las interrogantes del conocimiento que se ha planteado.

En el enfoque Cuanlitativo, el investigador utiliza su diseño para analizar la certeza de las hipótesis en un contexto en particular o para aportar evidencia respecto de los lineamientos de la investigación.

En el enfoque Cuantitativo se puede o no preconcebir un diseño de investigación, aunque es recomendable hacerlo. Desde luego, dentro de esta visión de la investigación, la implementación de uno o más diseños se vuelve flexible.

En la investigación es posible encontrar diferentes clasificaciones de los tipos de diseño:

a) Investigación experimental.

- PRE-experimentos.

- Experimentos "puros"
- Cuasi-experimentos.

b) Investigación no experimental.

- Transaccionales o transversales.
- Longitudinales
 - Específicos.

INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL

El termino experimento tiene al menos dos acepciones, una general y una particular. La general se refiere a tomar una acción y después observar las consecuencias. La particular se refiere a un estudio en el que se manipula intencionalmente una o más variables independientes, para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o mas variables dependientes (supuestos efectos consecuentes), dentro de una situación de control para el investigador.

Una vez decidido el enfoque que habrá de adoptarse para la investigación se debe seleccionar el tipo de diseño de este; el cual se refiere al plano estrategia concebido para obtener información que se desea. Para clarificar de una mejor manera, el diseño es el plano estratégico que se desarrollo para obtener la información que se requiere en una investigación.

INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL

"Estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en el que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos"(Hernández, 2003,269).

El estudio no experimental no construye ninguna situación, sino que observa situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente; las variables independientes ya han ocurrido y no es posible manipularlas; el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, ni puede influir sobre ellas, es investigación sistemática y empírica.

En la investigación se utilizara el diseño de tipo experimental ya que este diseño es propio de la investigación cuantitativa.

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS

"El análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunidad de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa" (Berelson, 1971).

"El análisis de contenido a una técnica de investigación para hacer inferencias validas y confiables de datos con respecto a su contexto" (Krippendorff, 1980).

El análisis de contenido va más allá de un diseño ya que resulta una técnica muy útil para analizar los procesos

de comunicación en muy diversos contextos, este análisis de contenido puede aplicarse virtualmente a cualquier forma de comunicación siendo útil para analizar la personalidad de alguien, evaluando sus escritos; conocer las actitudes del grupo, evaluando escritos, actitudes de expresiones verbales o escritas.

3.4.1. USO DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO.

Berelson (1971) señala varios usos de los análisis de contenido, entre los que destacan:

1. Describir tendencias. En el contenido de la comunicación.
2. Develar diferencias. En el contenido de la documentación (entre personas, grupos, instituciones, países).
3. Comparar mensajes. Niveles y medios de comunicación.
4. Auditar el contenido. De la comunicación y compararlo contra estándares u objetivos.
5. Construir y aplicar estándares de comunicación (políticas, normas, etc).
6. Expone técnicas publicitarias y de propaganda.
7. Medir la claridad de mensajes.
8. Descubrir Estilos d comunicación.
9. Identifica intenciones, apelaciones y características de comunicadores.

10. Descifra mensajes. Ocultos y otras aplicaciones a la inteligencia militar y a la seguridad política.
11. Revela "centros" de interés y atención para una persona, un grupo o una comunidad.
12. Determina el estado psicológico de personas o grupos.
13. Obtiene indicios del desarrollo verbal.
14. Anticipa respuestas a comunicaciones.
15. Refleja actitudes, valores y creencias de personas, grupos o comunidades.
16. Cerrar preguntas abiertas.

3.4.2. UNIDADES DE ANÁLISIS.

El análisis de contenido se efectúa por medio de codificación, el procesos en virtud por el cual las características relevantes del contenido de un mensaje se transforma a unidades que permiten una descripción y análisis precisos lo importante es describir y analizar para esto es necesario el universo, las unidades de análisis y las categorías de análisis.

UNIVERSO.

Se podrá llamar como la forma completa de un todo.

UNIDAD DE ANÁLISIS.

“Constituyen segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías” (Berelson, 1971).

- La palabra.
- El tema.
- El ítem.
- El personaje.
- Medidas de espacio-tiempo.

3.4.3. COMPONENTE DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS.

Es la población que es el conjunto de individuos cuyo conocimiento es objeto de interés desde un punto de vista estadístico.

El estudio estadístico de una población se puede realizar mediante un buen análisis exhaustivo de todos sus individuos (estadística descriptiva) o bien mediante una indiferencia realizada a partir de una muestra extraída de la población (estadística indiferencial).

Para el estudio del enfoque cuantitativo una población es un conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie específica.

La elección de la muestra probalística y la no probalística se determina con base en los objetivos del estudio, el esquema de la investigación y el alcance de sus contribuciones.

Para esto las tres principales unidades de análisis son:

- ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA.
- ENFERMERAS TITULADAS.
- PACIENTES.

3.5 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Para seleccionar el instrumento de medición más adecuado se puede mencionar el probalístico, no probalístico y el estudio de caso, esta recolección permite involucrar diversas variables, sucesos, contextos, categorías, comunidades y sobre todos los objetivos e la investigación.

Para esto implica tres actividades:

1. Seleccionar un instrumento o algún método de recolección entre los disponibles el cual sea válido y confiable.
2. Aplicar el instrumento o método para recolectar datos.
3. Preparar las observaciones, registros y mediciones obtenidas para que se analicen correctamente.

3.5.1 TIPOS DE INSTRUMENTOS.

ENTREVISTA.

Es una conversación que tiene como finalidad la obtención de información, hay diversos tipos de entrevistas como lo son:

1. Laborales. Se informa y se valora al entrevistado a un puesto de trabajo.
2. Investigación. Realiza un determinado estudio.
3. Informativas. Reproducir opiniones.
4. Personalidad. Analizan psicológicamente a un individuo.

En una entrevista intervienen el entrevistador y el entrevistado.

La entrevista como instrumento de investigación ha sido utilizada de diversas formas. Es por ello que gran parte de los datos con que cuentan son sobre las ciencias sociales que proceden de las entrevistas los científicos.

OBSERVACIÓN

"En toda sociedad el hombre diariamente observa a otros hombres, sus objetivos y la presencia del desarrollo de actos familiares y de los grupos sociales más complejos.

Pero mirar es una cualidad la cual da la generalidad de los individuos, no así el observar es por lo general con el fin determinado que requiere de captar las manifestaciones y aspectos transcendentales y significativos de la vida cotidiana (Hernández, 2003) (ITEM, 76).

Las observaciones consisten en el registro sistemático, válido o confiable del comportamiento o conducta de los supuestos manifiestos, ya que utilizarse como instrumentos de medición.

En cuanto a la OBSERVACIÓN CUANTITATIVA las observaciones consisten en lo válido sistemático y confiable del comportamiento y conducta de los manifiestos ya que pueden utilizarse como los instrumentos de medición en muy diversas circunstancias.

Los pasos para la observación son:

1. Definir el universo sus principales aspectos, conductas a observar.
2. Extraer una muestra representativa de los diversos aspectos a observar.
3. Establecer y definir las unidades de observación.
4. Establecer y definir las categorías de la observación del universo.

TIPOS DE OBSERVACIÓN.

El participante y el no participante en el cual se interactúa con los sujetos observados pero después ocurre tal interacción propia.

Las observaciones consisten en el registro sistemático, válido y confiable del comportamiento o la conducta de los supuestos manifiestos. Que pueden utilizarse como instrumentos de medición en muy diversas circunstancias.

CUESTIONARIO.

Los cuestionarios están formados de preguntas y de categorías con sus respuestas, el cual esta formado por instrucciones que indican como contestar dicho cuestionario.

El tamaño del cuestionario es muy corto se pierde información y si es largo resulta ser complicado o tedioso.

Características que debe de tener una pregunta:

1. Las preguntas tiene que ser claras y comprensibles para los respondientes, debe evitarse confusiones o ambigüedad.
2. Las preguntas no deben incomodar al respondiente.
3. Las preguntas deben referirse a un solo aspecto o una relación lógica.
4. Las preguntas no deben inducir las respuestas.
5. Las preguntas no deben apoyarse en instituciones, ideas, responsabilidad social ni en evidencia comprobada.

Este cuestionario puede aplicarse:

1. Auto administrado. Proporciona directamente a los respondientes, quienes lo contestan.
2. Entrevista personal. Un entrevistador aplica el cuestionario a los respondientes.
3. Entrevista telefónica. Es similar hacer unas preguntas pero no son cara a cara se hace por un medio de comunicación.
4. Auto administrado y correo postal, electrónico y servicios de mensajería. Los correspondientes contestan el cuestionario y anotan las respuestas no hay ningún intermediario.

El gran propósito de la entrevista es obtener respuestas sobre el tema de investigación.

ENCUESTA.

Es una técnica de investigación de campo por medio de la cual el investigador recibe del encuestado información permitiendo fines que persigue al encuestador.

Aunque tiene la desventaja de distorsionar la información por su transmisión oral y por subjetivismo normal en la naturaleza humana, este es de obtener información a la primera y segunda.

La encuesta se lleva a cabo mediante el cuestionario y la entrevista es necesario distinguir entre uno y otro que la investigación es mejor de alguna de las dos.

En cuanto al cuestionario se considera la utilidad de la investigación ya que desde un momento mismo de su elaboración hace que el investigador se limite y precise los aspectos que le interesa conocer, estructurando adecuadamente las preguntas de los ítem.

3.5.2. INSTRUMENTO A UTILIZAR.

El instrumento el cual se va a utilizar en esta investigación es el CUESTIONARIO ya que es un instrumento en el cual se recopilan datos, rigurosamente estandarizado que traduce los problemas que son importantes para la investigación.

El cual deberá tener una validez importante y una confiabilidad para el individuo que se cuestionado.

3.6 PROCEDIMIENTO.

De acuerdo al universo se le aplicará un cuestionario de 34 preguntas formulado con la identificación, asistencia, manejo y calidad, el cual proporciona información adecuada para esta investigación.

3.6.1 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

“Las unidades de análisis o los elementos que se muestran se eligen siempre aleatoriamente para asegurar que cada elemento tenga la misma probabilidad de ser elegido” (Hernández, 2003) (IDEM, 346).

MUESTRA.

Entra en un subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de dicha población.

Muestra en estadística, es el conjunto de individuos de una población con el fin de medir mediante, su estudio, características de toda la población.

Se menciona cuando una muestra es representativa cuando, por la forma en que ha sido seleccionada, ya que aporta garantías para realizar inferencias con fines a partir de ella.

En el caso del MUESTREO es un proceso el cual se selecciona por los individuos que formarán una muestra.

En tal caso se podrán obtener conclusiones tales para la población a partir de la muestra, es importante tanto en tamaño como el modo que ha sido seleccionado los individuos

Este tamaño depende de la presión y adecuación que se quiera conseguir en la confianza que se realice, para su determinación se deben de tomar en cuenta técnicas estadísticas.

Se mencionan dos tipos de MUESTREOS.

1. PROBABALISTICO.
2. NO PROBABALISTICO.

En el caso del probalístico se caracteriza porque la unidades de observación son seleccionadas en forma aleatoria es decir al azar, cada elemento tiene la misma probabilidad de ser elegido, y es posible conocer de la muestra y los valores poblacionales de acuerdo al universo.

- Aleatorio simple. Se debe contar con un listado de todos los individuos o miembros de un universo estos deben de contar con el nombre para que una vez seleccionado al azar pueda ser localizado para realizar la encuesta.
- Aleatorio sistemático. Se debe de contar con un listado de los individuos o del universo numerados para previamente determinar el tamaño de la muestra requerida entonces se calcula, en el cual se utiliza convenientemente a este método en un orden elaborando un criterio por la selección.

- Aleatorio estratificado. El universo de acuerdo a los criterios de estratificación reparte el tamaño de la muestra en cada estrato según su universo total.

En ese caso se seleccionara la muestra de acuerdo a una TOMBOLA el cual consiste en los elementos muestrales del 1 al n.

Este se realiza de tal forma en hacer papелitos o fichas de cada uno de los individuos del universo en el cual se revuelven y se introducen en una caja y se van sacando el número de fichas de acuerdo a un tamaño de la muestra. En el cual se utilizará la medición no probalística que se conforma de acuerdo a los números aleatorios sistemáticos, ya que este se basa y se realiza una formula en donde se va a obtener el tamaño de la muestra, de esta investigación con forme a los datos del universo.

En cuanto al universo se le aplica a las estudiante de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, porque son las que están más en contacto con los pacientes post'operados de una Resección Transuretral prostática.

ESCALAMIENTO DE TIPO LIKERT.

Este método fue desarrollado por Rensis Likert en los años 30 el cual se enfoco vigentemente en un conjunto de ítem presentados en formas de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los sujetos, es decir se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que se externe

eligiendo uno de los 5 puntos de la escala y a cada punto se le asigna un valor numérico, así el sujeto tiene una puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

En tal caso las afirmaciones califican al objeto de actitud que se esta midiendo y deben expresar solo una relación lógica.

3.6.2 RECOLECCIÓN DE DATOS.

“Es medir, por lo cual se puede decir que es asignar números y eventos de acuerdo con las reglas sustentadas” (Stevens, 2001).

Un instrumento de medición es un recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente para la recolección.

En la recolección de datos se necesita lo siguiente:

1. Seleccionar un instrumento o método de medición de datos entre los disponibles en el cual se esta planteando la investigación. Ese instrumento debe de ser valido y confiable para obtener resultados.
2. Aplicar un instrumento o método para recolectar datos, es para obtener observaciones, registros, variables, sucesos de interés para el estudio.

3. Preparar observaciones registros obtenidos para que se analicen correctamente.

3.6.3 CONFIABILIDAD.

La confiabilidad se calcula de acuerdo a un codificador el cual es individual.

Existen diversos procedimientos para realizar un cálculo de confiabilidad para instrumento de medición en el cual se utilizan formulas que dan una gran confiabilidad al igual que esto se utilizará la escala de Likert.

3.6.4 FORMULA.

La formula que se desarrollara a continuación es la de vid. Pandurang v. Sukhatme, que es la teoría de las encuestas por muestreo con aplicaciones.

$$\begin{array}{cccccc}
 & & & Z & q & \\
 N & & & E & p & \\
 & 1 & 1 & z & q & 1 \\
 & & N & E & p &
 \end{array}$$

= Total del universo =
 N = número total (Universo) = 102

P = constante de probabilidad a favor = 0.5

Q = constante de probabilidad en contra = 0.5

Z = nivel de confianza = 96% = 2.06

E = margen de error = 0.4

$$N = \frac{\frac{(2.06) (0.5)}{(0.4) (0.5)}}{1 + \frac{1 (2.06) (0.5) - 1}{102 (0.4) (0.5)}} = \frac{\frac{(4.2436) (0.5)}{(0.16) (0.5)}}{1 + \frac{1 (4.2436) (0.5) - 1}{102 (0.16) (0.5)}}$$

$$N = \frac{\frac{2.1218}{0.08}}{1 + \frac{1 (2.1218) - 1}{102 (0.08)}} = \frac{26.5225}{1 + 0.009803 (26.5225 - 1)}$$

$$N = \frac{26.5225}{1 + 0.009803 (25.5225)} = \frac{26.5225}{1 + 0.250197}$$

$$N = \frac{26.5225}{1.250197} = 21.214655 = 22$$

.4 OF THE CAPC

4. RESULTADOS.

4.1 DESCRPCIÓN DE LOS RESULTADOS.

1. En la pregunta 1.
 - a) no se contesto.
 - b) Contesto el 100%
2. En la pregunta 2.
 - a) Contesto el 63.8%
 - b) Contesto el 22.8%
 - c) Contesto el 9.12%
 - d) No se contesto.
 - e) No se contesto.
3. En la pregunta 3.
 - a) No se contesto.
 - b) No se contesto.
 - c) No se contesto.
 - d) Contesto el 100%
 - e) No se contesto.
4. En la pregunta 4.
 - a) Contesto el 4.56%
 - b) Contesto el 18.24%
 - c) Contesto el 68.36%
 - d) Contesto el 9.12%
 - e) No se contesto.
5. En la pregunta 5.
 - a) Contesto el 4.56%
 - b) Contesto el 9.12%
 - c) Contesto el 59.24%
 - d) Contesto el 27.32%
 - e) No se contesto.
6. En la pregunta 6.

- a) No se contesto.
 - b) Contesto el 18.24%
 - c) Contesto el 63.8%
 - d) Contesto el 18.24%
 - e) no se contesto.
7. En la pregunta 7.
- a) no se contesto.
 - b) Contesto el 13.68%
 - c) Contesto el 4.56%
 - d) Contesta el 32.04%
 - e) No se contesto.
- 8) En la pregunta 8.
- a) no se contesto.
 - b) contesto el 22.8%
 - c) contesto el 18.24%
 - d) contesto el 59.24%
 - e) no se contesto.
9. En la pregunta 9.
- a) no se contesto,
 - b) no se contesto.
 - c) contesto el 22.8%
 - d) contexto el 27.32%
 - e) contexto el 50.12%
10. En la pregunta 10.
- a) contexto el 72.92%
 - b) no se contesto.
 - c) contexto del 13.68%
 - d) no se contesto.
 - e) contexto el 13.68%.
11. En la pregunta 11.
- a) contexto el 59.24%
 - b) no se contesto.
 - c) contexto el 22.8%
 - d) contexto el 18.24%

- e) no se contesto.
12. En la pregunta 12.
- a) contesto el 13.6%
 - b) no se contesto.
 - c) contesto el 36.44%
 - d) contesto el 27.32%
 - e) contesto el 22.8%
13. En la pregunta 13.
- a) contesto el 9.12%
 - b) no se contesto.
 - c) contesto el 82.04%
 - d) contesto el 9.12%
 - e) no se contesto.
14. En la pregunta 14.
- a) contesto el 9.12%
 - b) contesto el 9.12%
 - c) contesto el 45.46%
 - d) contesto el 36.44%
 - e) no se contesto.
15. En la pregunta 15.
- a) contesto el 45.6%
 - b) no se contesto.
 - c) contesto el 22.8%
 - d) contexto el 27.32%
 - e) contexto el 4.56%
16. En la pregunta 16.
- a) contesto el 31.38%
 - b) no se contesto.
 - c) contexto el 27.32%
 - d) contexto el 18.34%
 - e) contexto el 22.6%
17. En la pregunta 17.
- a) contexto el 63.8%
 - b) contexto el 9.12%

- C) Contesto el 18.24%
 - d) contesto el 4.56%
 - e) contesto el 4.56%
18. En la pregunta 18.
- a) no se contesto.
 - b) contesto el 4.56%
 - c) no se contesto.
 - d) no se contesto.
 - e) contesto el 95.72%
- 19) En la pregunta 19.
- a) contesto el 41%
 - b) no se contesto.
 - c) no se contesto.
 - d) no se contesto.
 - e) contesto el 59.34%
20. En la pregunta 20.
- a) no se contesto.
 - b) no se contesto.
 - c) contesto el 9.12%
 - d) contexto el 13.68%
 - e) contexto el 77.48%
21. En la pregunta 21.
- a) contexto el 36.44%.
 - b) contexto el 9.12%
 - c) contexto el 27.32%
 - d) contexto el 13.68%
 - e) contexto el 9.12%
22. En la pregunta 22.
- a) no se contesto.
 - b) no se contesto.
 - c) contexto el 9.12%
 - d) contexto el 36.44%
 - e) contexto el 54.68%
23. En la pregunta 23.

- a) no se contesto.
- b) no se contesto.
- C) no se contesto.
- d) no se contesto.
- e) contesto el 100%

24. En la pregunta 24.

- a) no se contesto.
- b) no se contesto.
- c) no se contesto.
- d) no se contesto.
- e) contesto el 100%

25. En la pregunta 25.

- a) no se contesto.
- b) no se contesto.
- c) no se contesto.
- d) contesto el 9.12%
- e) contexto el 91.16%

26. En la pregunta 26.

- a) contexto el 9.12%
- b) contexto el 4.56%
- c) no se contesto.
- d) contexto el 59.24%
- e) contexto el 27.32%

27. En la pregunta 27.

- a) contexto el 18.24%
- b) contexto el 13.68%
- c) contexto el 9.12%
- d) contexto el 41%
- e) contexto el 18.24%

28. En la pregunta 28.

- a) no se contesto.
- b) no se contesto.
- c) no se contesto.
- d) no se contesto.

e) contesto el 100%.

29. En la pregunta 29.

a) no se contesto

b) no se contesto

c) contesto 4.56%

d) contesto el 72.92%

e) contesto el 22.8%

30. En la pregunta 30.

a) contesto el 22.8%

b) contexto el 9.12%

c) contexto el 4.56%

d) contexto el 13.68%

e) contexto 50.12%

31. En la pregunta 31.

a) contexto el 13.68%

b) contexto el 4.56%

c) contexto el 4.56%

d) contexto el 18.24%

e) contexto el 19.24%

32. En la pregunta 32.

a) contexto el 4.56%

b) no se contesto

c) no se contesto

d) contexto el 18.24%

e) contexto el 77.48%

33. En la pregunta 33.

a) no se contesto

b) no se contexto

c) no se contexto

d) contexto el 9.12%

e) contexto el 91.16%

34. En la pregunta 34.

a) contexto el 13.68%

b) no se contexto

c) contesto el 22.8%

d) no se contesto

e) contesto el 63.8%

4.2 INTERPRETACION DE RESULTADOS

En cuanto a las preguntas formuladas en el cuestionario el resultado es aceptable para la investigación haciendo falta un programa de asistencia en los pacientes post-operados de una RESECCION TRANSURETRAL PROSTATICA.

En cuanto a la pregunta 4 el resultado mayor es regular con un 68.3% mostrando que la asistencia en los pacientes es regular el cual le falta mucha atención.

En la pregunta 5 y 6, se puede comparar para verificar que la asistencia en los pacientes post-operados de una RTUp es igual en ambos servicios con un 59 y 68% es regular.

En la pregunta 7 y 8, al igual que la anterior se puede hacer una comparación ya que en los resultados se contestó que la práctica de enfermería tanto de los estudiantes y de las tituladas en enfermería es igual siendo aceptable aunque no tienen los conocimientos adecuados y necesarios para el paciente en cuanto a su tratamiento y recuperación.

En cuanto a la pregunta 11 es una de las más importantes y más críticas para resolver en esta investigación ya que un 59.24% no conocen su significado, etiología y cuadro clínico que pueden presentar los pacientes post-operados de

una RTUp en tonces al presentarse una complicación que sucedería.

La tecnica que se utiliza en los pacientes de RTUp son utilizadas regularmente, podria decirse que en un termino medio el cual el resultado es 82.04% al igual que la irrigación es utilizada con un mayor resultado 45.56% mas o menos no todos saben el manejo adecuado para este tipo de pacientes.

Otra de las preguntas importantes que nos da un resultado agradable para esta investigación es que las enfermeras tanto estudiantes y tituladas no estan capacitadas para dar una buena asistencia a los pacientes con un resultado de 31.38% .esto se da porque la mayoria de las enfermeras no consultan algun manual, libro, programa el cual le indique como resolver alguna duda sobre este tipo de pacientes el cual el 59.24% no consulta para tener un conociendo y una enseñanza mas.

Por otro lado si se desea que se aplique un programa para la asistencia intra hospitalaria en los pacientes post-operados de una RTUp ya que es necesario para este tipo de paciente el cual puede mejorar la calidad de vida, en un corto plazo mejor que el que se esta utilizando que seria a un largo plazo. Ya que el equipo de salud influye en un tratamiento y se beneficia en cuanto a sus conocimientos para mayor futuro.

BIBLIOGRFIA

1. DIETERICH, HEINZ. Nueva guía para la investigación científica. México 2002.
Edición Ariel. P.p. 230.
2. HERNADEZ SAMPIERI, ROBERTO. Metología de La investigación. México D.F.
McGraw -Hill. Interamericana.
P.p 705.
3. SERGIO MONTERO, GUILLERMINA BAENA. Tesis en 30 días. México D.F.
Editores mexicanos unidos.
P.p.104.
4. ROJAS SORIANO, RAÚL. Guía para realizar investigaciones sociales. México D.F. 2001.
34. Edición. Plaza y Valdez.
P.p. 437.
5. ZORRILLA ARENA, SANTIAGO. Introducción a la metodología de la investigación. Aguilar León y editores cal.
México D.F. 1996.
P.p. 372.
6. <http://cancer.gov/newcenter/SELETspan.swong.org>
.
7. <http://Cancer.gov//cissercure.nci.gov/ncipubs>.
8. [http://cancer.Gov/clinical trials](http://cancer.Gov/clinical%20trials).

9. [http://salud.dif.gob.mx/informe/primer trimestre2003.nt ml.](http://salud.dif.gob.mx/informe/primer_trimestre2003.ntml)
10. [http://www.monografias.com/trabajos13/padad/padad.shtml.](http://www.monografias.com/trabajos13/padad/padad.shtml)
11. [http://www.ugts.ubs.ve/ugts_ubs/principios%20ingcli3.html.](http://www.ugts.ubs.ve/ugts_ubs/principios%20ingcli3.html)

A N E X O S

Se presenta la población con la que se trabajo, el cual es el universo mayor; por los cuales se encuentran ordenados alfabéticamente y se mencionan las estudiantes de la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud:

1. AGUILAR CRUZ TERESA.
2. ALVAREZ HEREDIA SILVIA.
3. ARIAS NAVARRO MARIA RAQUEL.
4. ARROYO AGUILAR MELBA IRENE.
5. ASCENCIO ESTRADA MARIA DE LOS ANGELES.
6. ASCENCIO ESTRADA NICOLAZA.
7. AVALOS ESCALANTE FANNY CRISTINA.
8. AVILEZ CRUZ CECILIA.
9. BAÑUELOS MACIAS JESSICA LIZETH.

10. BARBOSA OROS KARLA IVETT.
11. BAUTISTA CAMBRÓN OLIMPIA DAFNE.
12. BELMAN GRANADOS TERESITA.
13. BUENA OROZCO AURELIA ELIZABETH.
14. CARDOSO MACIEL ERIKA ANEL.
15. CARMONA INOJOSA MARIA DE JESÚS.
16. CEJA HERMENEGILDO BLANCA.
17. CEJA HERMENEGILDO JESSICA.
18. CORONA CALVILLO FABIOLA.
19. CORONEL MIRANDA MARITZA.
20. CORTEZ DE JESÚS EDITH.
21. DE JESÚS CARDENAS VERÓNICA YARELI.
22. DE JESÚS DE JESÚS MARIA JESENIA.
23. DE LA CRUZ HERNÁNDEZ CARINA.
24. DELGADO CORONA LUCIA VIANEY.
25. DIAZ HERNÁNDEZ BLANCA.
26. DIÁZ SOLORIO ARACELI.
27. DOMÍNGUEZ CARDENAS JAZMINE.
28. DOMÍNGUEZ SOLANO DORA LUZ.
29. ENRRIQUEZ VALENCIA KARINA.
30. ESPEJO FLORES MARIANA DEL REFUGIO.
31. ESPINOZA DE LA PAZ ESPERANZA.
32. ESPINOZA SANTANA MIRIAM.
33. FALCON BALLESTEROS ESTHER.
34. FELIPE ESPINOZA AURORA.
35. FLOREZ ZAMANO JESSICA.
36. GAMBOA GARCÍA KARLA JANETTE.
37. GARCÍA CRUZ SARA MARIA.
38. GARZA GADEA MARIA DE LOS ANGELES.
39. GOMEZ CASTAÑEDA VILMA ARLET.
40. GONZALEZ CRUZ YARELI.
41. GONZALEZ DIAZ JUANA IGDOLINA.

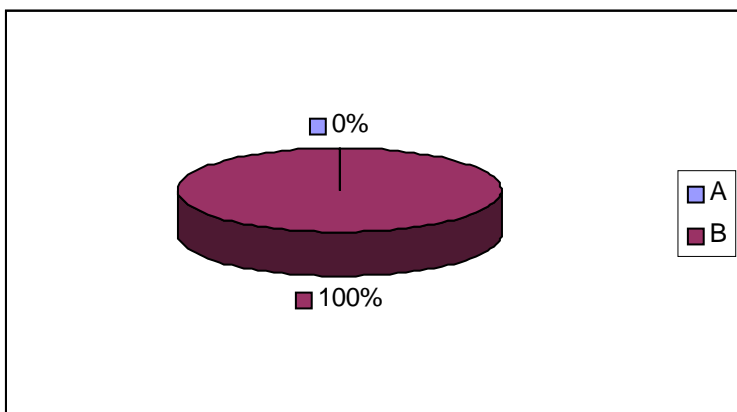
- 42.GONZALEZ DIAZ ELOISA.
- 43.GONZALEZ MARTINEZ MARIA DEL CARMEN.
- 44.GONZALEZ REYES LILIANA.
- 45.GONZALEZ BERNAL EVA.
- 46.GUERRERO TINOCO ARACELI.
- 47.GUTIERREZ GONZALEZ ANGELICA.
- 48.GUTIERREZ VIEYRA MARIA DEL CONSUELO.
- 49.GUZMÁN SÉPTIMO MARIA MERCEDES.
- 50.HERNÁNDEZ CONTRERAS CRECENCIANA GABRIELA.
- 51.HERNÁNDEZ FERREIRA GUADALUPE.
- 52.HERNÁNDEZ ROBLES EVANGELINA.
- 53.HERRERA ARTEAGA YESENIA.
- 54.HUERTA SILVA JUDITH.
- 55.JIMÉNEZ DE LEÓN LOURDES.
- 56.JIMÉNEZ MORALES VERÓNICA.
- 57.JORGE SÁNCHEZ JULIA.
- 58.MALDONADO BEDOLLA MIRIAM BEGONIA.
- 59.MALDONADO LOPEZ EVA MARIA.
- 60.MARIN CALDERON ELIZABEH.
- 61.MARQUEZ ARAIZA ERENIA IVETH.
- 62.MARTINEZ CARDOSO MARIA GUADALUPE.
- 63.MARTINEZ CRUZ MARIA CRISTINA.
- 64.MARTÍNEZ PEREZ AIDE.
- 65.MENDEZ HERNÁNDEZ MARIA LUCIA.
- 66.MENDOZA
- 67.MONROY VILLA SALUD.
- 68.MONTAÑÉS PIÑÓN TERESA.
- 69.MONTENEGRO ABOYTES ERIKA GABRIELA.
- 70.MORENO FRANCO LETICIA.
- 71.MONROY GOMEZ VERÓNICA.
- 72.ONCHI MORELOS ERIKA MARIA.
- 73.OROZCO FLORES JATZIRI.

74. OROZCO FLORES YURITZI.
75. PACHECO HERNÁNDEZ BLANCA.
76. PADILLA ZÚÑIGA MARLEN.
77. PALACIO SIERRA BLANCA ESTHELA.
78. PARTOR ESPINAL JULIA.
79. PEREZ CASTAÑÓN ELAINE NITZEE.
80. PONCE CASTAÑEDA MARIA.
81. PORTILLO FLORES ANGELA.
82. REYNOSO GUZMÁN CINTHIA NOEMA.
83. RODRÍGUEZ CORNEJO MONICA.
84. RODRÍGUEZ TORRES BLANCA ELIZABETH.
85. ROJAS SANTA FE ROSALÍA.
86. ROQUE ALVAREZ SILVIA PATRICIA.
87. ROSILEZ GUZMÁS N JESSICA.
88. RUBIO PATRICIO GEMA.
89. RUIZ HIGUERA HILDA ADRIANA.
90. SALTO CAMPUZANO KATIA.
91. SILVA PARRA ERENDIRA.
92. SOTO RAMÍREZ MARISOL.
93. SUAREZ GUTIERREZ NIDIA ELIZABETH.
94. UGARTE ARIAS MARIANA.
95. VALENCIA MENDOZA ALEJANDRA LIZETH.
96. VARGAS MARTINEZ MARIBEL.
97. VAZQUE RANGEL ELDA YURIYZI.
98. VELÁSQUEZ VILICAÑA SOLEDAD.
99. VILLA MOLINA YAZMÍN GUADALUPE.
100. VILLA RODRÍGUEZ MONICA.
101. ZARATE NARANJO ALMA ROSA.
102. ZAVALA PEREZ KARINA.

1. SEXO.

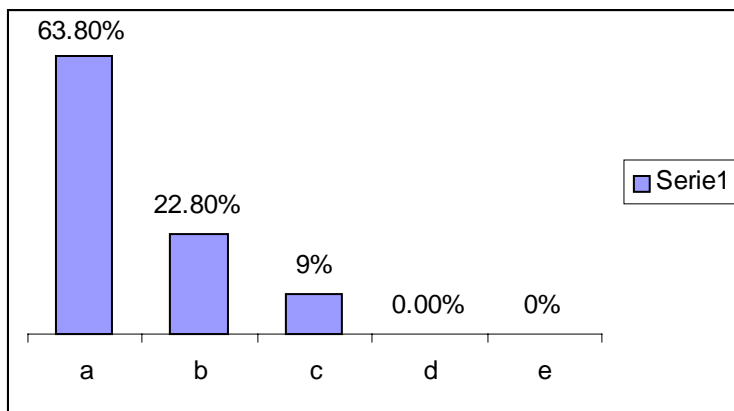
a) 0%

b) 100% (FEMENINO).



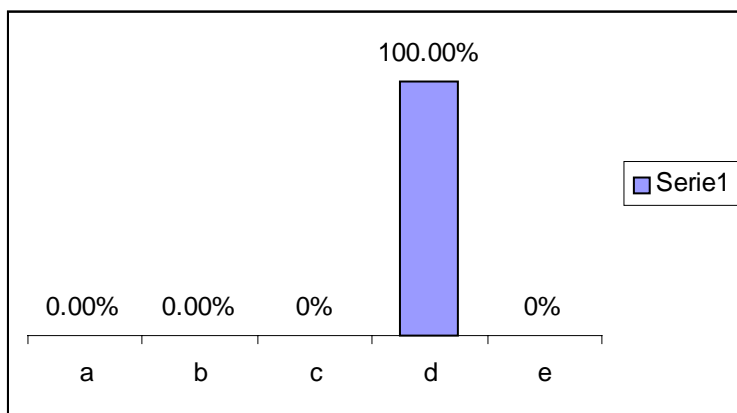
2. EDAD.

- a) 63.8%
- b) 22.8%
- c) 9.12%
- d) 0%
- e) 0%



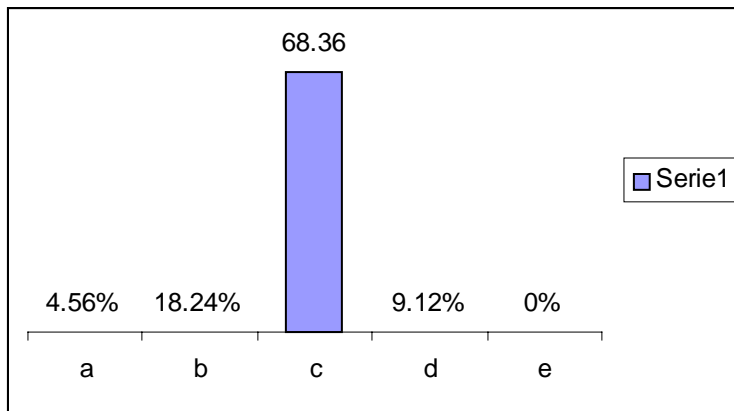
3. OCUPACIÓN.

- a) 0%
- b) 0%
- c) 0%
- d) 100%
- e) 0%



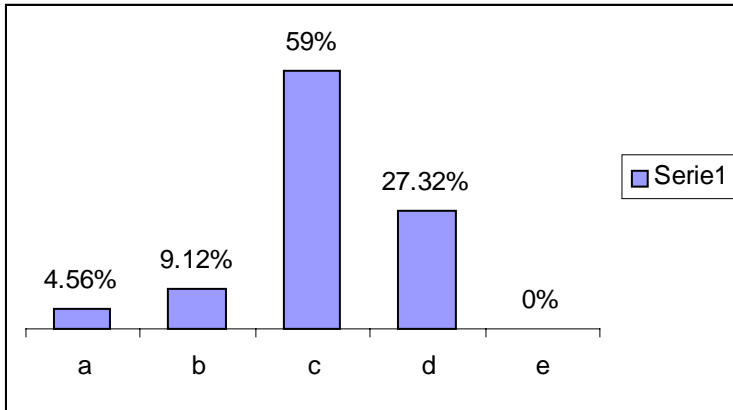
4. Como considera usted que es la asistencia en pacientes post-operados RTUp.

- a) 4.56%
- b) 18.24%
- c) 68.36%
- d) 9.12%
- e) 0%



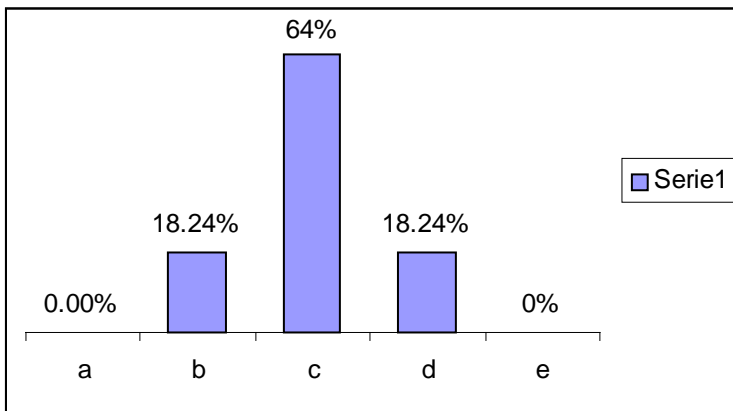
5. Como considera usted la práctica del equipo de salud en sala general en pacientes con una RTUp.

- f) 4.56%
- g) 9.12%
- h) 59.24%
- i) 27.32%
- j) 0%



6. Como considera la práctica del equipo de salud en sala privada en pacientes post-operados de una RTUp.

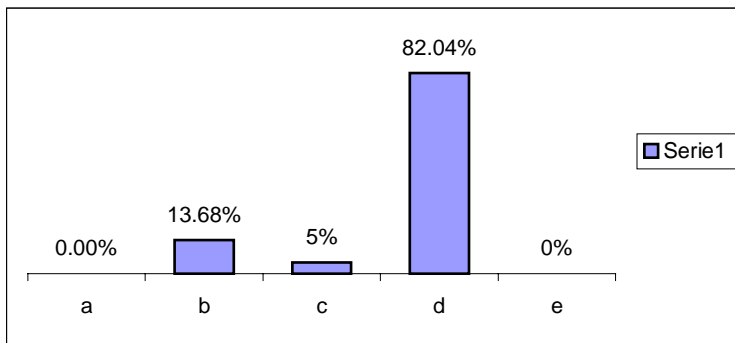
- a) 0%
- b) 18.24%
- c) 63.8%
- d) 18.24%
- e) 0%



7. Como considera usted la practica de enfermeria con estudiantes de enfermería en pacientes post-operados de una RTUp.

- a) 0%
- b) 13.68%
- c) 4.56%
- d) 82.04%

e) 0%



8. Como considera la práctica de las enfermeras tituladas en pacientes post-operados de una RTUp.

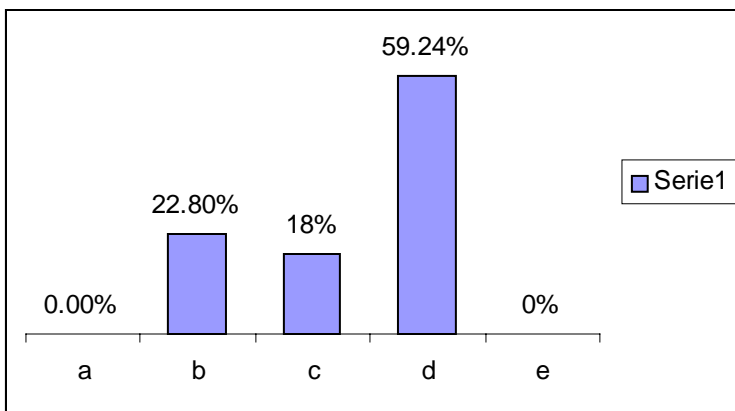
a) 0%

b) 22.8%

c) 18.24%

d) 59.24%

e) 0%



9. Considera usted conveniente que una estudiante de enfermería de primer año participe en la asistencia de los pacientes de RTUp.

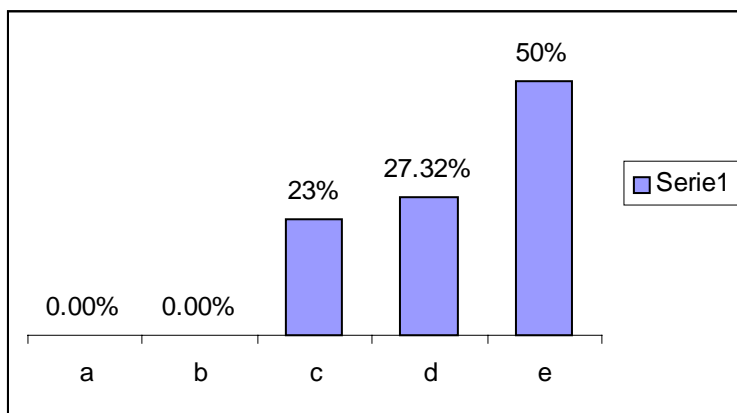
a) 0%

b) 0%

c) 22.8%

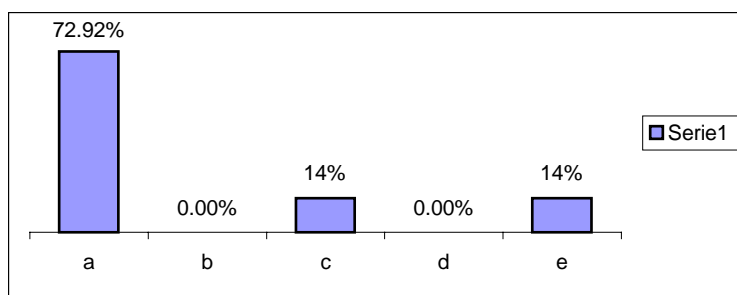
d) 27.32%

e) 50.12%



10. Usted a) tenido problemas con cualquiera de los integrantes del equipo de salud sobre la asistencia con los pacientes de RTUp.

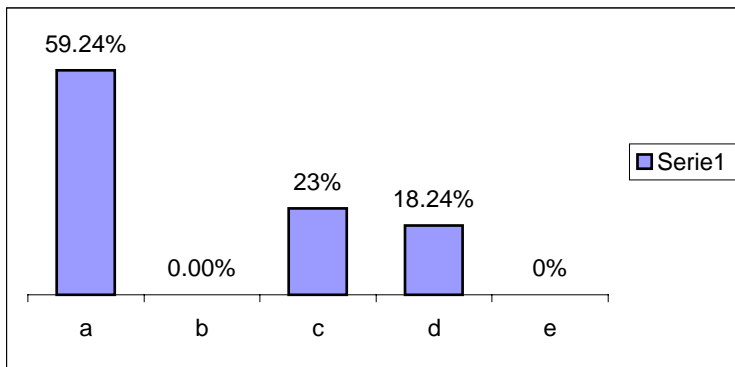
- a) 72.92%
- b) 0%
- c) 13.68%
- d) 0%
- e) 13.68%



11. La mayoría de las enfermeras saben el significado, etiología, y cuadro clínico que presentan los pacientes de RTUp.

- a) 59.24%
- b) 0%
- c) 22.8%
- d) 18.24%

e) 0%



12.

El equipo de

salud conoce el procedimiento adecuado para
adecuado para la atención en pacientes con RTUp.

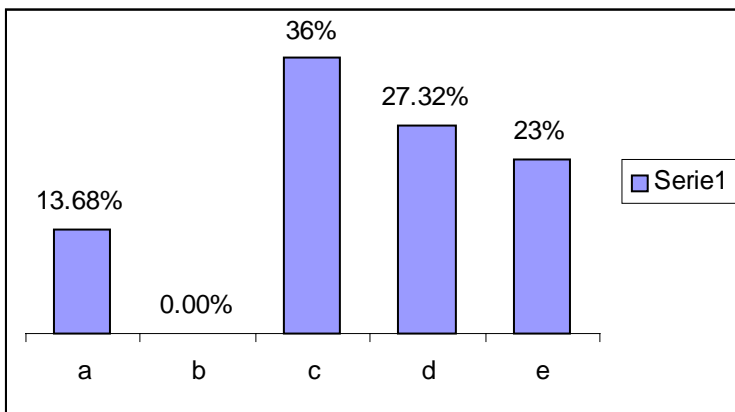
a) 13.68%

b) 0%

c) 36.44%

d) 27.32%

e) 22.8%



13.

Como

considera que son utilizadas las técnicas con los
pacientes de RTUp.

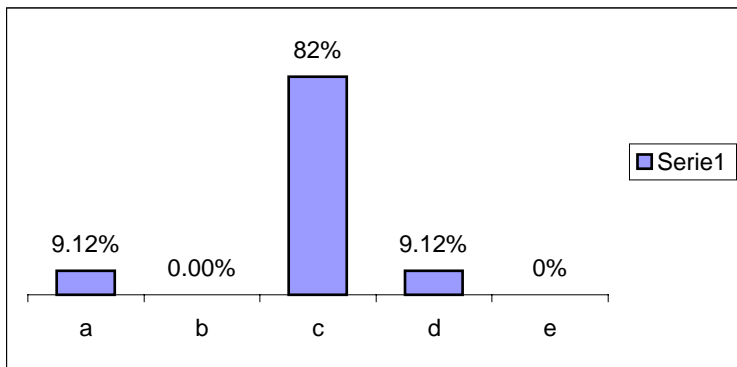
a) 9.12%

b) 0%

c) 82.04%

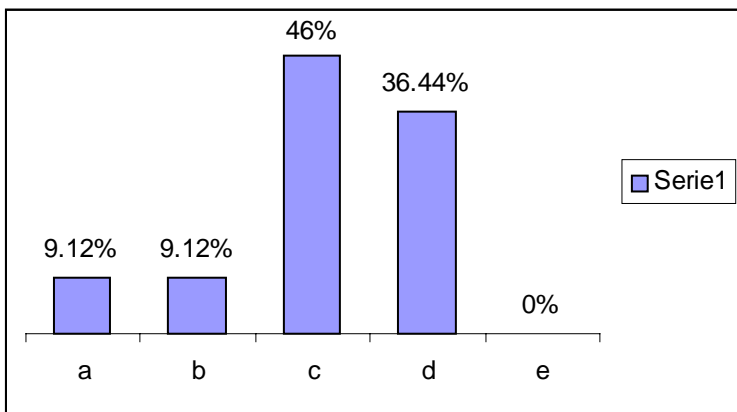
d) 9.12%

e) 0%



14. Como crees que son utilizadas las irrigaciones en los pacientes post-operados de una RTUp.

- a) 9.12%
- b) 9.12%
- c) 45.56%
- d) 36.44%
- e) 0%

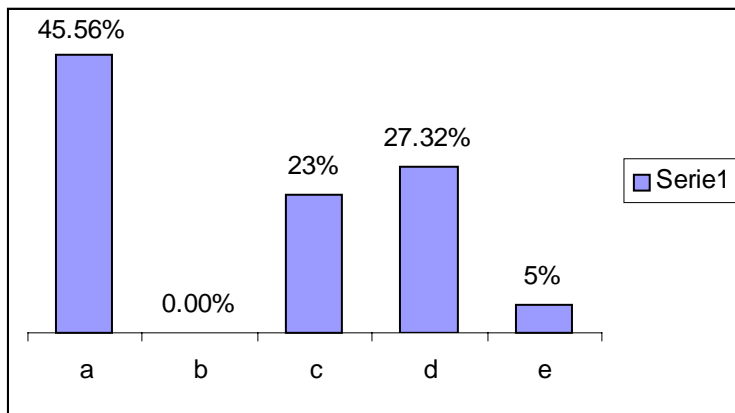


15. El equipo de salud especialmente enfermeras están preparadas para cuando presente una complicación en los pacientes de una RTUp.

- a) 45.56%
- b) 0%
- c) 22.8%

d) 27.32%

e) 4.56%



16. El personal de enfermería del hospital de la salud esta capacitado para la asistencia en los pacientes de RTUp.

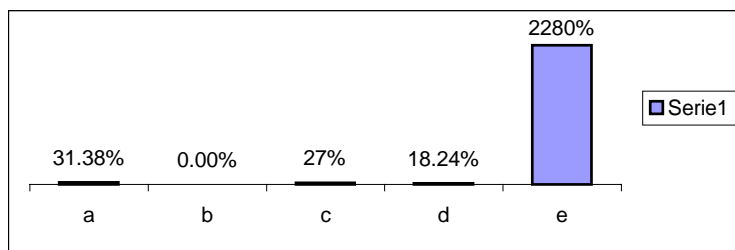
a) 31.38%

b) 0%

c) 27.32%

d) 18.24%

e) 22.8%



17. El personal del hospital de la salud consulta algun manual, programa para la asistencia en pacientes post-operados de RTUp.

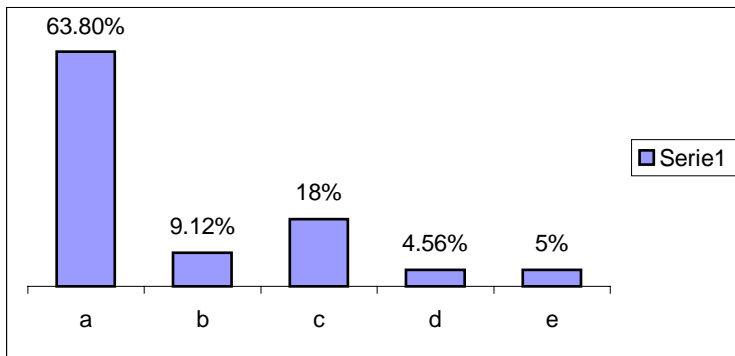
a) 63.8%

b) 9.12%

c) 18.24%

d) 4.56%

e) 4.56%



18.

El equipo de

salud debe capacitarse sobre el manejo de la irrigación de los pacientes con RTUp.

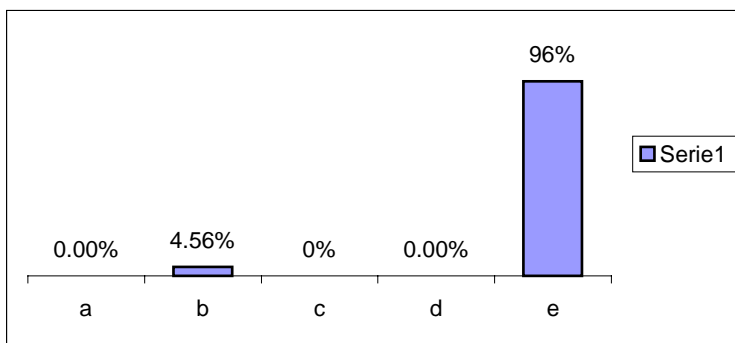
a) 0%

b) 4.56%

c) 0%

d) 0%

e) 95.72%



19.

Conoce usted

como consulta información el equipo de salud sobre los pacientes con RTUp.

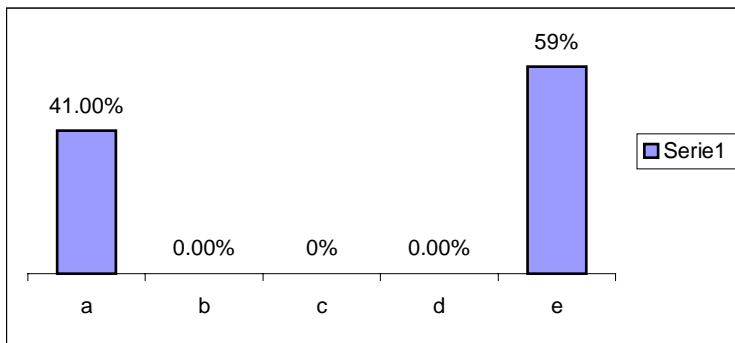
a) 41%

b) 0%

c) 0%

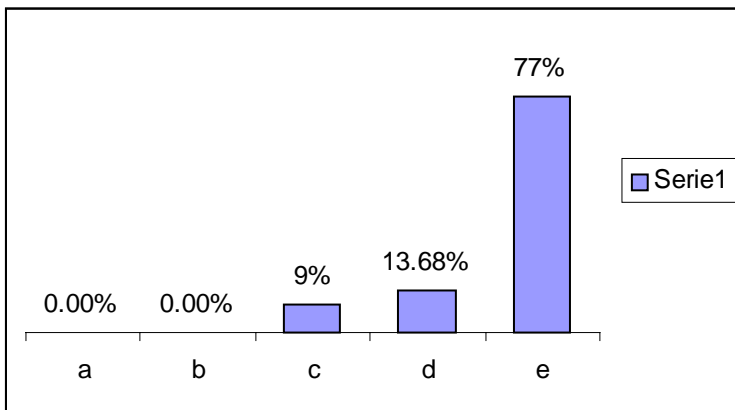
d) 0%

e) 59.24%



20. El familiar es necesario para una rápida recuperación para los pacientes de RTUp.

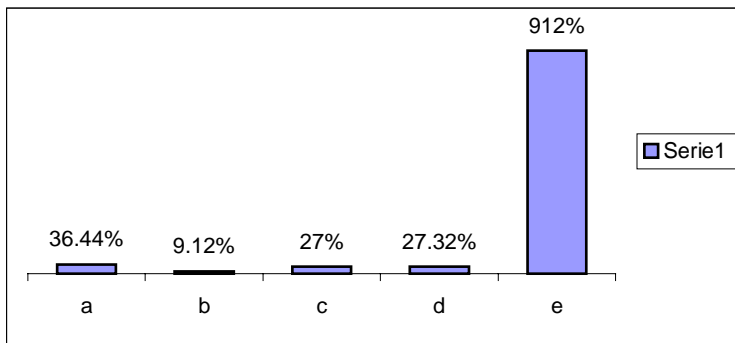
- a) 0%
- b) 0%
- c) 9.12%
- d) 13.68%
- e) 77.48%



21. Actualmente el equipo de salud aplica un programa de calidad asistencia a los pacientes de RTUp.

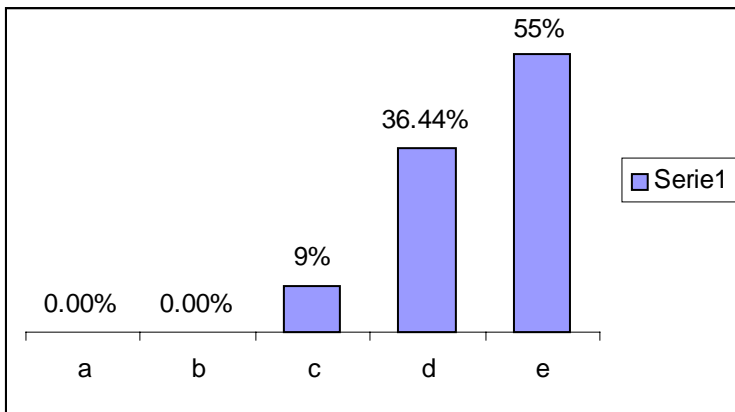
- a) 36.44%
- b) 9.12%
- c) 27.32%
- d) 13.68%

e) 9.12%



22. si se aplica un programa de calidad estaría usted de:

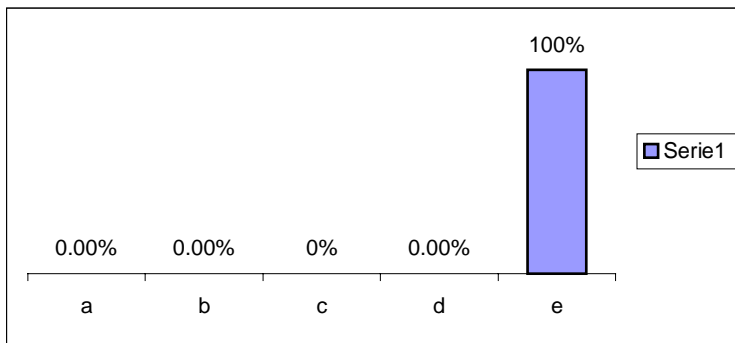
- a) 0%
- b) 0%
- c) 9.12%
- d) 36.44%
- e) 54.68%



23. la calidad es un instrumento muy necesario en el hospital de la Salud en los pacientes de RTUp.

- a) 0%
- b) 0%
- c) 0%
- d) 0%

e) 100%



24.

Como

considera usted necesario un programa para la asistencia en pacientes post-operados de una RTUp.

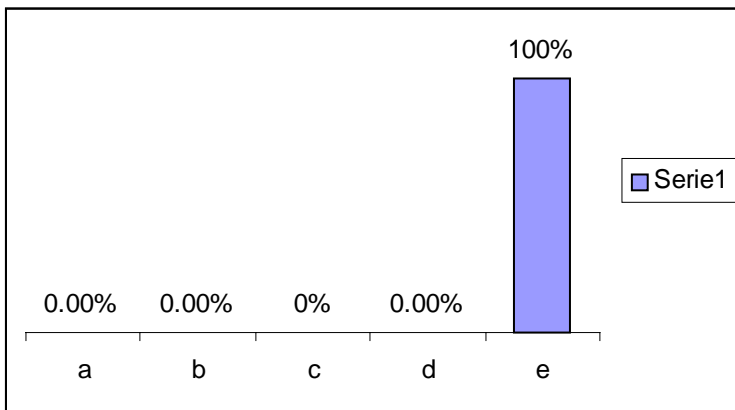
a) 0%

b) 0%

c) 0%

d) 0%

e) 100%



25.

Considera

usted que si aplica un programa de calidad se mejorara la asistencia en pacientes de RTUp.

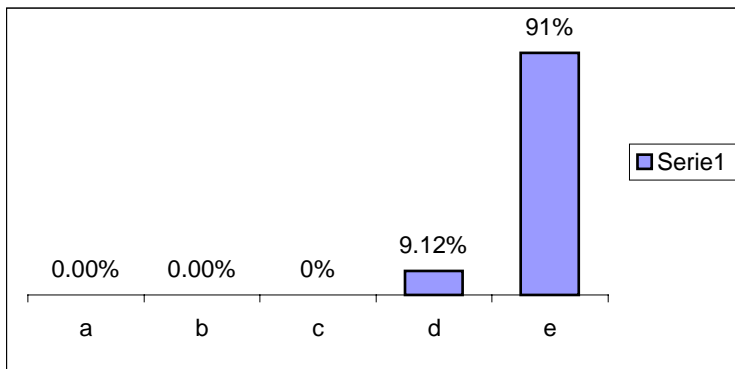
a) 0%

b) 0%

c) 0%

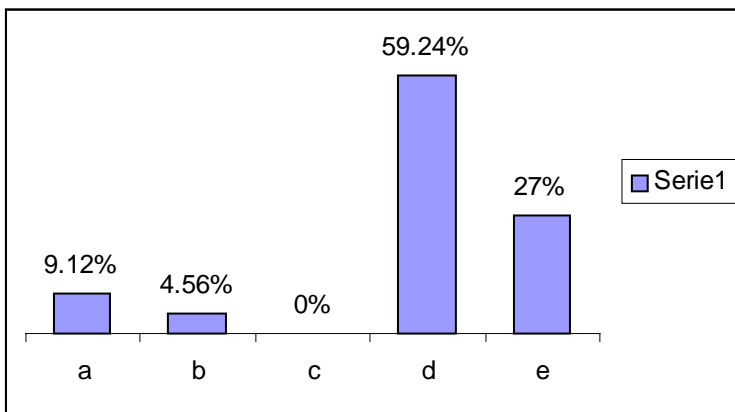
d) 9.12%

e) 91.16%



26. Cree usted que la asistencia se mejoraría a corto plazo en los pacientes de RTUp.

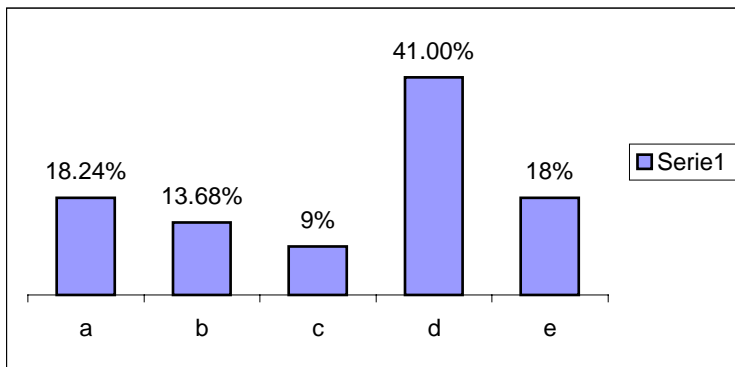
- a) 9.12%
- b) 4.56%
- c) 0%
- d) 59.24%
- e) 27.32%



27. Cree usted que la asistencia se mejoraría a largo plazo en los pacientes de RTUp.

- a) 18.24%
- b) 13.68%
- c) 9.12%
- d) 41%

e) 18.24%



28.

El equipo de

salud debe proporcionar información sobre el manejo a los pacientes de RTUp.

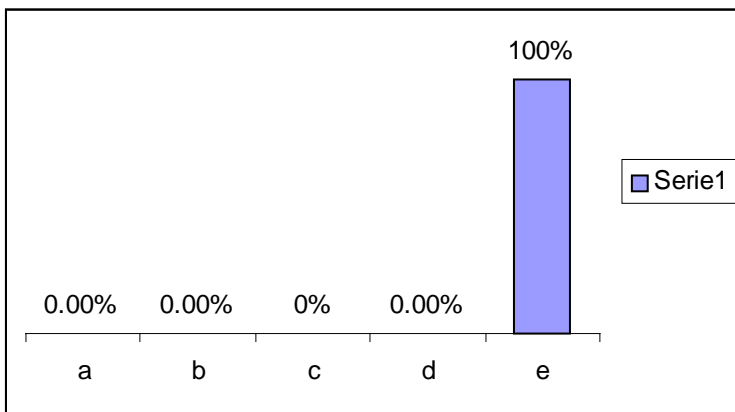
a) 0%

b) 0%

c) 0%

d) 0%

e) 100%



29.

Esta usted de

acuerdo que el equipo de salud influye en un tratamiento de calidad en los pacientes con RTUp.

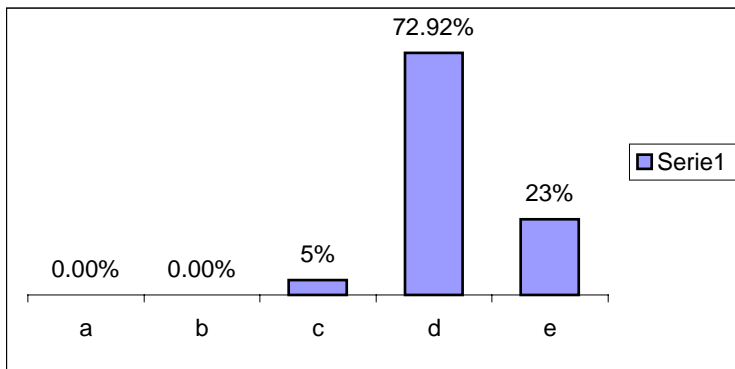
a) 0%

b) 0%

c) 4.56%

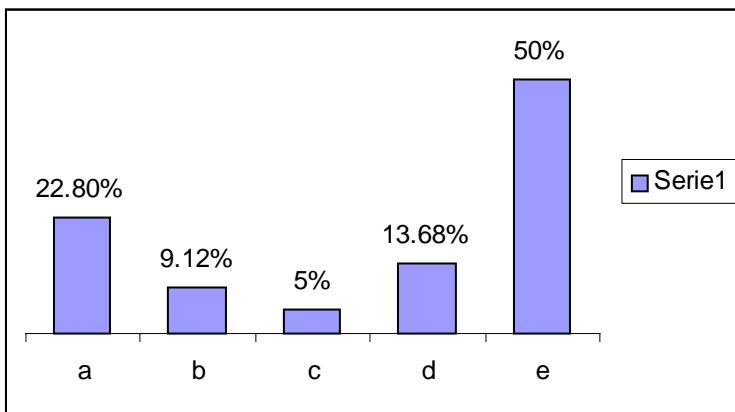
d) 72.92%

e) 22.8%



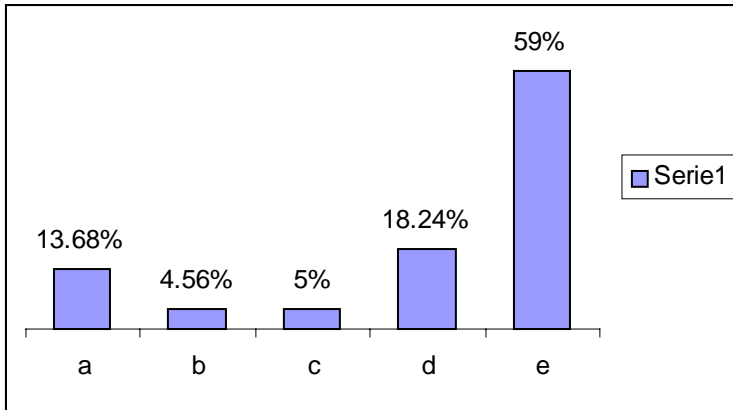
30. Considera que la Resección transuretral prostática es una técnica de elección.

- a) 22.8%
- b) 9.12%
- c) 4.56%
- d) 13.68%
- e) 50.12%



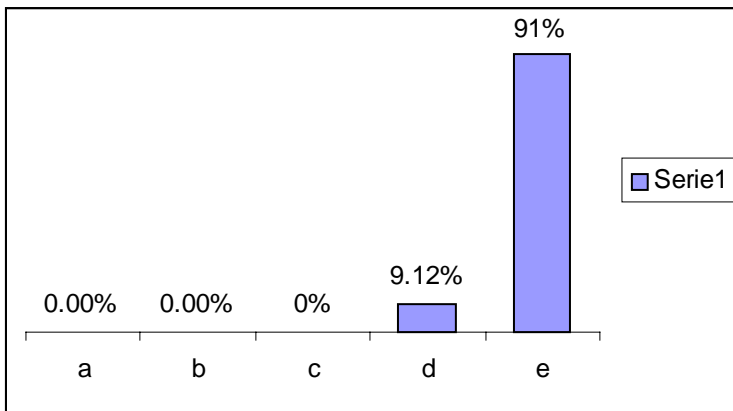
31. cree usted conveniente que el paciente opte por una RTUp.

- a) 13.68%
- b) 4.56%
- c) 4.56%
- d) 18.24%
- e) 59.24%



32. El programa de salud asistencial cree usted que proporcione para los pacientes una mejor calidad de vida.

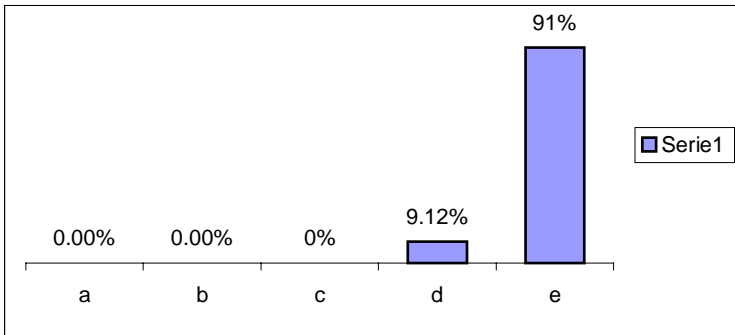
- a) 0%
- b) 0%
- c) 0%
- d) 9.12%
- e) 91.16%



33. El equipo de salud y los pacientes beneficiaran con un programa de calidad asistencial para ampliar sus conocimientos para este padecimiento.

- a) 0%
- b) 0%
- c) 0%

- d) 9.12%
- e) 91.16%



34.

El programa

asistencial para el manejo en pacientes post-operados de una RTUp beneficia a otro tipos de pacientes.

- a) 13.68%
- b) 0%
- c) 22.8%
- d) 0%
- e) 63.8%

