

**Escuela De Enfermería Del Hospital De Nuestra Señora De la Salud
Incorporada a La Universidad Nacional Autónoma De México**

Clave 8722



TESIS

ASISTENCIA EN EL HOSPITAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL

PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

ELVA GISELA BUCIO TRUJILLO

MORELIA, MICHOACÁN



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.

DEDICATORIAS:

A DIOS:

Por darme licencia de haber hecho éste proyecto, y por haberme ayudado con la fe y el respeto que yo le tengo y por haberme dado vida y fortaleza para superar las metas que me propuse.

A MIS PADRES Y HERMANOS:

Gracias por el apoyo moral y económico que me dieron para que yo tuviera una profesión ya que ellos siempre me dijeron que la única herencia que me pueden dejar es el tener una profesión y también siempre me guiaron con sus buenos consejos por el buen camino.

AL ASESOR DAVID MENDOZA ARMAS:

Gracias por haberme enseñado sus conocimientos que mucha falta nos hacían, pero gracias a él hemos valorado lo que es nuestra profesión nos enseñó a darnos cuenta de que nada es fácil en esta vida y que todo se hace con esfuerzo y dedicación, pero con tiempo y no siempre de un día para otro la verdad si estoy muy contenta con lo que el nos impartió.

AGRADECIMIENTO:

En especial a todas las personas que me apoyaron para que se realizara éste proyecto, gracias a ellas pude lograr un objetivo que se tenía que cumplir. Un especial agradecimiento a la señorita: Martita Alcaraz Ortega que nos apoyo bastante para que pudiéramos llevar acabo esta investigación, nos apoyo moralmente y con el tiempo que nos brindo para que realizáramos esta investigación y también por su comprensión.

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|--------------------------------------|------|
| DEDICATORIAS: | ii |
| AGRADECIMIENTO: | iii |
| INTRODUCCIÓN: | iv |
| ÍNDICE GENERAL: | vi |
| ÍNDICE DE GRAFICAS | viii |
| | |
| CAPÍTULO I | 1 |
| 1.0.-EL PROBLEMA. | 2 |
| 1.1.-ZONA O REGIÓN DE ESTUDIO: | 2 |
| 1.2.-ANTECEDENTES DEL PROBLEMA. | 3 |
| 1.3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 4 |
| 1.4.-VARIABLES..... | 6 |
| 1.5.-OBJETIVOS..... | 8 |
| 1.6- HIPÓTESIS..... | 10 |
| 1.7.-IMPORTANCIA DEL ESTUDIO. | 13 |
| 1 8.- JUSTIFICACIÓN..... | 14 |
| 1.9.-PROBLEMAS Y LIMITACIONES..... | 15 |
| 1.10.-VIABILIDAD..... | 15 |
| | |
| CAPITULO II | 16 |

| | |
|--|------------|
| 2.0.- MARCO TEÓRICO:..... | 17 |
| 2.1.-TEORÍAS DEL CONOCIMIENTO..... | 21 |
| CAPITULO III | 60 |
| 3.0.-METODOLOGÍA: | 61 |
| 3.1.-ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN:..... | 62 |
| 3.2. -TIPOS DE INVESTIGACIÓN: | 67 |
| 3.3. -DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:..... | 68 |
| 3.4.- UNIDADES DE ANÁLISIS. | 70 |
| 3.5.-INSTRUMENTO DE MEDICIÓN. | 73 |
| 3.6.-PROCEDIMIENTO. | 79 |
| CAPITULO IV | 86 |
| 4.1.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN. | 87 |
| 4.2.- INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | 95 |
| ANEXOS..... | 102 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 134 |

ÍNDICE DE GRAFICAS

| NO: | PREGUNTA: | PÁG. |
|-----|-----------|------|
| 1 | 1 | 114 |
| 2 | 2 | 114 |
| 3 | 3 | 115 |
| 4 | 4 | 115 |
| 5 | 5 | 116 |
| 6 | 6 | 116 |
| 7 | 7 | 117 |
| 8 | 8 | 117 |
| 9 | 9 | 118 |
| 10 | 10 | 118 |
| 11 | 11 | 119 |
| 12 | 12 | 119 |
| 13 | 13 | 120 |
| 14 | 14 | 120 |
| 15 | 15 | 121 |
| 16 | 16 | 121 |
| 17 | 17 | 122 |
| 18 | 18 | 122 |
| 19 | 19 | 123 |
| 20 | 20 | 123 |
| 21 | 21 | 124 |
| 22 | 22 | 124 |
| 23 | 23 | 125 |
| 24 | 24 | 125 |
| 25 | 25 | 126 |
| 26 | 26 | 126 |
| 27 | 27 | 127 |

| | | |
|----|----|-----|
| 28 | 28 | 127 |
| 29 | 29 | 128 |
| 30 | 30 | 128 |
| 31 | 31 | 129 |
| 32 | 32 | 129 |

INTRODUCCIÓN:

El estudio integral de de una enfermedad debe incluir el de la relación que guarda ésta con las diversas características de los individuos que la padecen y el entorno particular de éstos, lo cual se define como epidemiología.

El control de cualquier enfermedad, en este caso la hipertensión arterial, comienza con su detección. Conocer su ocurrencia permite determinar indicadores epidemiológicos de frecuencia, que marcan la pauta para la elaboración de programas para la elaboración.

Tales indicadores son la prevalencia y la incidencia. La primera se define como la frecuencia de una enfermedad en un momento dado. La segunda, como la frecuencia a lo largo d un periodo determinado, esto es, el número de casos nuevos que aparecen en dicho lapso.

La trascendencia de una enfermedad se mide por la magnitud del impacto que produce por sí misma o sus complicaciones en la morbilidad y la mortalidad, Una enfermedad con altas tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad se constituye en un problema serio de salud pública.

Ésta investigación se realiza con el apoyo de las alumnas de la escuela de enfermería del hospital de nuestra señora de la salud en éste proyecto el objetivo es conocer cuales son las causas de que no se de una buena asistencia en el hospital en los pacientes con hipertensión arterial en los servicios de medicina interna hombres y clínica privada, ya que esta patología se presenta mas en edades avanzadas.

En el siguiente capítulo se abordará el tema a investigar en el presente ensayo así mismo llama una secuencia lógica que ayudará al lector a descubrir

cómo y donde surge el tema a investigar, así que comienza a desarrollar los antecedentes históricos, su evolución a través del tiempo y como se encuentra en la actualidad. Se da a conocer las limitantes que surgieron ya que fue lo que impidió que ésta investigación tuviera un avance mejor.

Se mencionaron las hipótesis, se revisa el marco teórico y también el método y así se obtuvieron las bases para realizar dicha investigación y posteriormente aplicarlo para así obtener los resultados.

Al final de la investigación se pretende dar un programa de asistencia en el hospital para evitar que se cometan iatrogenias indebidas con los pacientes con esto se pretende que haya una mejor asistencia del personal de salud.

La metodología es muy importante para llevar acabo una investigación ya que de ella depende la realización correcta para llevarla acabo y esto nos facilita su realización.

CAPÍTULO I

1.0.-EL PROBLEMA.

Consiste en describir las experiencias empíricas, contexto determinante, interrogantes, efectos, posibles soluciones y sugerir los propósitos del estudio. (Balderas, 1995)

Según (Hernández, Et. al. 2000) el problema es afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación.

Urbanos. Plantear el problema de investigación es afinar y estructurar, es efectuar una investigación para conocer cuales son los factores que influyen en la conformación de las actividades de la población mencionada hacia las normas, costumbres, formas de interacción y otras modalidades propias de los sectores mas formalmente la ida de investigación, (id).

En el caso de la siguiente de la investigación la inquietud surge de saber el porque la mayoría de las personas especialmente las mujeres tienen este problema de salud, que es lo que origina esta enfermedad.

Es realizar un estudio para conocer cuales son los factores que influyen en la calidad de atención y manejo en pacientes con hipertensión arterial en el hospital de nuestra señora de la salud en el primer semestre del 2004.

1.1.-ZONA O REGIÓN DE ESTUDIO:

Esta investigación se realizara en el hospital de nuestra señora de la salud ya que últimamente con frecuencia han llegado personas mayores de edad entre los 40 y 70 años de edad.

Este hospital se localiza en Morelia Michoacán por su construcción se encuentra en forma de G se construyo en un terreno antiguo, se considera grande contando con mas de 250 camas que presta servicios especializados y generales que proporciona atención medica.

12.-ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

El grado de desarrollo de un país se define, entre otras cosas, por su perfil de salud. Los países en desarrollo, como México, se encuentran en una etapa de transición epidemiológica derivada de una serie de factores.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en América Central y México, el incremento relativo en la mortalidad secundaria a las enfermedades hipertensivas fue de casi 56% de 1970 a 1980, a diferencia de lo sucedido en los otros dos países de Norteamérica, en los cuáles el incremento fue de sólo 0.4%. En la Republica Mexicana las enfermedades crónicas, en su conjunto, representaron 10% de la mortalidad en 1950 y 45% en 1991. De éstas, las enfermedades del corazón, entre las cuáles se incluye también la hipertensión arterial, pasaron del cuarto lugar como causa de defunción en 1980 al primero de 1990 a la fecha.

La prevalencia mundial es alta. Según los datos de la OMS ya referidos existen más de 900 millones de pacientes hipertensos. En Estados Unidos la última cifra estimada para 1991 fue de 50 millones, según informe no publicado del centro nacional de estadísticas en salud y referido en el 5° informe del comité nacional conjunto para la detección, evaluación y tratamiento de hipertensión arterial.

Considerando sólo los estudios realizados de 1980 a la fecha con las cifras de PA aceptadas en la actualidad como criterio diagnóstico, la prevalencia

es de 18.4%, en un total de 22,642 sujetos estudiados. Esta última cifra no difiere en forma significativa de la primera y podría considerarse como la más próxima.

La presencia de un incremento en los años de 1983 a 1991, con tasas de 99.2 y 302/100 000 habitantes, respectivamente, lo que implica un incremento relativo superior al 200% en dicho periodo. La mayor incidencia por regiones ocurre, al igual que la prevalencia, en la región norte del país. En este estudio se incluyeron 4 024 pacientes con hipertensión arterial leve a moderada, de 20 a 90 años de edad, provenientes de la mayor parte de los estados de la República Mexicana.

1.3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En realidad plantear el problema no es sino afirmar y estructurar más formalmente la idea de la investigación.(Hernández, Et.al, 2003).

Para Rojas Soriano (2002), es afinar y estructurar mas formalmente el problema de las investigaciones, objetivos y preguntas, justificación, deben hallar la investigación y ver si se da en la realidad.

Medina (1998) comprende las actividades que deben realizarse para especificar el problema y estar en posibilidad de formular la hipótesis orientada a la investigación.

En la presente investigación el planteamiento del problema puede entenderse como lo manifiesta Heinz Dieterich en donde el planteamiento del problema es la delimitación clara y precisa (sin ambigüedades) del objeto de investigación realizada por medio de preguntas, lecturas, trabajo manual, encuestas, pilotos, entrevistas, etc.

La delimitación del problema se realiza mediante 5 pasos:

1.- La delimitación del objeto en espacio físico-geográfico..

2.-Delimitación del tiempo.

3.-El análisis semántico (de significado) de sus principales conceptos mediante enciclopedias y libros especializados.

4.-La formación de oraciones tópicas.

5.-La determinación de recursos disponibles.

La función del planteamiento del problema consiste en revelar al investigador, si su proyecto de investigación es viable dentro de sus tiempos y recursos disponibles.

Criterios para plantear el problema:

1.-El problema debe expresar una relación entre una o más variables.

2.-El problema debe estar formulado claramente y sin ambigüedad como pregunta.

El planteamiento debe implicar la posibilidad d realizar una prueba empírica (enfoque cuantitativo) o una recolección de datos (enfoque cualitativo).

EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, SE VIO LA NECESIDAD DE PLANTEAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Por que la hipertensión arterial es causa de preocupación en personas de 40 a 45 años, en el HNSS en la ciudad de Morelia Michoacán de enero a junio del 2004?

¿Cuáles son las causas por las cuales las personas tienen hipertensión arterial?

¿Cuáles son los factores que determinan una buena calidad de vida a los pacientes con HTA?

¿Qué factores determinan el estado del paciente con hipertensión arterial?

¿En que manera influye el personal en la atención y manejo en pacientes con HTA?

DESPUÉS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, EL PRESENTE ESTUDIO LLEGA A LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué elementos condicionan una calidad de atención y manejo del personal de salud dentro de un hospital en los pacientes con HTA en el primer semestre del 2004?

1.4.-VARIABLES.

Una variable es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. (Hernández, Et.al, 2003).

Rojas Soriano (2002). Define a la variable como “una característica, atributo, propiedad, o cualidad que puede darse o estar ausente en los individuos, grupos o sociedades, también puede presentarse en matices o modalidades diferentes, o en grados, magnitudes, o medidas distintas a lo largo de un continuum”.

Entonces, se puede decir que las variables son características o aspectos de personas u objetos que se pueden ver o medir y que pueden asumir distintos valores como por ejemplo el sexo, la religión, el aprendizaje, la inteligencia, la efectividad de una vacuna, el tiempo que tarda en manifestarse una enfermedad, etc.

Las variables solamente son validas cuando se relacionan con otras y forman parte de una hipótesis o de una teoría. Y en la investigación son denominados” constructos o construcciones hipotéticas”.

Las variables se representan y se pueden clasificar de la siguiente manera:

X se toma como una variable independiente la cual se define como el elemento (fenómeno, situación) que explica, condiciona o determina la presencia de otro y expresa las causas del fenómeno.

Y se toma como variable dependiente:

Ya que expresa las consecuencias del fenómeno y puede definirse como el elemento (fenómeno, situación) explicado o que esta en función del otro.

Las variables pueden ser:

Cualitativas: Son aquellas que pueden tomar solamente un número limitado de valores (sexo, ocupación, estado civil).

Cuantitativas discretas: Son susceptibles a adquirir valores fijos o no divisibles (numero de hijos).

Cuantitativas continuas: pueden adquirir una infinidad de valores a lo largo de un continuum, aunque en la practica no lo hagan (ingreso, edad).

Las variables del presente estudio de acuerdo a lo anteriormente descrito se presentan de la siguiente manera:

VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

X Programa de calidad en el hospital:

Y Asistencia en pacientes con hipertensión arterial.

En el presente estudio la variable X es: un programa de calidad dentro de un hospital con la finalidad de mejorar la atención y manejo de los pacientes con HTA y la variable Y es la asistencia en pacientes con HTA para mejorar la calidad y bienestar de vida al paciente.

1.5.-OBJETIVOS.

La palabra objetivo viene del latín “objetus,” que quiere decir “proyectando hacia delante”, lo que está al frente o lo que está presente. Los objetivos de la

investigación tienen la finalidad de señalar a lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio. (op. cit.).

Los objetivos tienen que expresarse con claridad para evitar posibles desviaciones en el proceso de investigación y deben ser susceptibles de alcanzarse (Rojas, 2001)

Los objetivos pueden dividirse en dos grandes clases, como son: objetivos educacionales o generales y didácticos o específicos. Se dice que los objetivos educacionales se alcanzan a largo plazo y los didácticos, a mediano o a corto plazo.

Objetivos educacionales o generales:

Por objetivos generales o educacionales entendemos formulaciones explícitas de los cambios que se espera que se produzcan en los alumnos, mediante el proceso educativo.

Objetivos didácticos o específicos:

Representan expresiones de comportamiento con relación al educando, a lo que el mismo deberá hacer en determinadas circunstancias, después de un periodo de estudio o de secuencias del proceso enseñanza-aprendizaje.

Por lo tanto, según lo antes mencionado, los objetivos de la investigación son los que se exponen a continuación.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

OBJETIVO GENERAL.

Proponer un programa de calidad en pacientes con HTA para mejorar (a asistencia y manejo en el hospital.

OBJETIVO ESPECIFICO.

1 -Observar la calidad en la asistencia en las pacientes en el hospital.

2.-Valorar la atención y el manejo del personal.

3.-Verificar la necesidad de programa para el personal de salud.

4.-Entrevistar a las personas con hipertensión arterial.

5.-Conocer si el personal del hospital esta capacitado para dar una mejor asistencia a los pacientes.

1.6- HIPÓTESIS.

Las hipótesis son “explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se formulan como proposiciones”. (Hernández, Et. al ,2003).

Según Engles una hipótesis “es una forma de desarrollo de las ciencias naturales, por cuanto son pensamientos”.

Algunos autores conciben la hipótesis como una proposición que puede ser puesta a prueba para determinar su validez.

“La hipótesis es una afirmación tentativa, más que definitiva. Debe ser formulada de tal manera que pueda ser potencialmente aceptada o rechazada por medio de los hallazgos. La teoría sirve de base a la hipótesis y a su vez es modificada por ésta. La hipótesis requiere de la investigación, para la comprobación de los postulados que contiene”. (García, Et. al.).

TIPOS DE HIPÓTESIS.

Existen muchas formas de clasificar las hipótesis, pero la presente investigación se concentrará en el enfoque cuantitativo que se desglosa de la siguiente manera:

Hipótesis de investigación:

Son proposiciones tentativas acerca de las posibilidades relaciones entre dos o más variables, estas a su vez se dividen en:

1.-Las hipótesis correlacionales son las que especifican las relaciones o asociación entre dos variables o más.

2.-Las hipótesis de la diferencia entre grupos se formulan para comparar grupos y se puede construir la hipótesis donde establezcan únicamente la diferencia o cuando además de la diferencia se especifica a cuál de los dos grupos por comparar favorece.

3.-Las hipótesis que establecen relaciones de causalidad, también afirman las relaciones entre dos o más y como se dan dichas relaciones entre dos o más y

como se dan dichas relaciones. Además de proponer un “sentido de entendimiento” de ellas; este sentido puede ser más o menos completo, dependiendo del número de variables que se incluyan, pero todas estas hipótesis establecen relaciones de causa efecto.

4.-Hipótesis nulas:

Son las opuestas a las hipótesis de investigación. También establecen relaciones entre las variables, pero, para efectuar o negar lo que afirma la hipótesis de investigación

a).-Hipótesis alternativas:

Son posibilidades “alternas” ente las hipótesis de investigación y nulas. Dan otra explicación o descripción distintas de las que proporcionan estos tipos de hipótesis. Las hipótesis alternativas se simbolizan como H_a y solo pueden formularse cuando efectivamente hay otras posibilidades, además de las hipótesis de investigación o nulas, de no ser así no se formulan.

b).-Hipótesis estadísticas:

Representan la transformación de las hipótesis de investigación, nulas y alternativas en símbolos estadísticos y son exclusivas del enfoque cuantitativo. Hay tres tipos de hipótesis estadísticas: de estimación, de correlación y de referencias de medidas. De estas no se hablará a fondo ya que no es de interés para esta etapa de la investigación.

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

“**SI** se elabora un programa de calidad en el hospital ENTONCES se mejorara la asistencia en los pacientes con HTA.”

La presente investigación considera la hipótesis de tipo causal ya que explica la relación entre dos o más variables donde establece relaciones de causa y efecto.

INDICADORES DE LA INVESTIGACIÓN.

Indicadores de la variable X:

1 .Concepto de programa.

2.-Programa de calidad.

3.-Que es programa.

4.-Teorías de programa

Indicadores de la variable Y:

1.-Funciones del personal.

2.-Definiciones.

3.-Atención adecuado al Pte. HTA.

4.-Manejo adecuado Pte. HTA.

1.7.-IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

La presente investigación es de gran importancia ya que el personal de salud saldrá beneficiado a partir de que se les aportara conocimientos nuevos y esto les servirá como una guía para llevar acabo la asistencia que se les deberá dar a los pacientes con HTA.

Esta investigación será de gran importancia para el investigador ya que le servirá para conocer sobre HTA, y este a su vez le proporcionara información a las personas con HTA.

1 8.- JUSTIFICACIÓN.

“La justificación de la investigación indica el porque de la investigación exponiendo sus razones” (Hernández, Et. al).

Algunos criterios para evaluar el valor potencial de una investigación son:

1.-Conveniencia ¿Para qué sirve la investigación?

2.-Relevancia social ¿Quiénes se beneficiarán con los resultados de la investigación?

3.-Implicaciones prácticas ¿Ayudará a resolver algún problema real?

4.-Valor teórico. Se refiere a que si con la investigación se llenará algún hueco de conocimientos, ¿Qué se espera saber con los resultados que no se conociera antes?, ¿Puede sugerir ideas, recomendaciones o hipótesis a futuros estudios?

Utilidad metodológica ¿Ayuda a la definición de un concepto, ambiente, o analizar datos?, ¿Puede ayudar a mezclar los enfoques cuantitativos y cualitativos para enriquecer la búsqueda de conocimientos?

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

En esta investigación, al observar la asistencia del personal se requiere de nuevas investigaciones y conocimientos esto nos lleva a la preocupación de

valorar la necesidad del equipo de salud, de aprender para dar un buen manejo a los pacientes y con estos conocimientos que se les brindan se les podrán realizar un mejor desempeño y eficacia al realizar su asistencia y manejo.

1.9.-PROBLEMAS Y LIMITACIONES.

Para lograr una adecuada investigación se debe de contar con todos los medios para llevarla a cabo ya que si no es así será una investigación inadecuada. Para esto no se contó con los medios necesarios y hubo varias limitaciones que a continuación se describen:

En la metodología no se tiene conocimiento necesario y menos experiencia

En las limitaciones financieras no se cuenta con la economía suficiente para realizarse

Falta .de bibliografía y tiempo disponible.

1.10.-VIABILIDAD.

Se refiere a la “factibilidad en la relación de un estudio en cuanto a la disponibilidad de recursos”. (Hernández, Et. al).

La viabilidad de este trabajo es factible ya que se cuenta con el apoyo del hospital y del personal de salud, así como disponibilidad del investigador.

CAPITULO II

2.0.- MARCO TEÓRICO:

Se deduce que de acuerdo a una lógica debe contenerse el marco teórico en el segundo capítulo, con el fin de prevenir errores, darle orientación al estudio, ampliar el horizonte, asimismo promover un marco de referencia para interpretar resultado de estudio, ya que algunos investigadores consideran que el marco teórico es el último paso del proceso de la investigación.

Marco teórico analizar y exponer las teorías, los enfoques teóricos, investigación y los antecedentes en general sobre el tema a tratar.

Por lo tanto para entender de una manera mas clara es necesario dorar ciertos aspectos, de los cuales podemos mencionar el concepto de Epistemología (del griego episteme “conocimiento”; logos, “teoría” rama de la filosofía que trata de los problemas filosóficos que rodea a la denominada teoría del conocimiento. Teoría.- Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones relacionadas entre si, que presentan una visión sistemática de fenómenos especificando relaciones entre variable, con el propósito de explicar y predecir los fenómenos. Una teoría es la finalidad última de una investigación científica está interesada en la realidad. Persigue como propósito final algo que no guarda relación con la realidad porque la teoría construye una descripción y una explicación de la realidad o de un contexto.

Una teoría es la finalidad última de una investigación científica está interesada en la realidad. Persigue como propósito final algo que no guarda relación con la realidad porque la teoría construye una descripción y una explicación de la realidad o de un contexto.

Funciones:

- 1 -Explicar, decir por que, como y cuando ocurre un fenómeno.
- 2.-Sistematizar o dar orden al conocimiento.
- 3.-Es la predicción.

Con frecuencia para explicación y predicción de cualquier fenómeno o hecho de la verdad, se requiere la concurrencia de varias teorías, una para cada aspecto del hecho, hay fenómenos que por su complejidad, para predecirse requieren teorías. Es indudable que una teoría incrementa el conocimiento que tenemos sobre un hecho o fenómeno, llamado realidad.

Utilidad:

Describe, explica y predice, el fenómeno con texto, evento o hecho al que se refiere. Además de que organiza el conocimiento de respeto y orienta la investigación que se lleva a cabo sobre este y porque informa y ayuda a describir o a contextualizar situaciones.

Todas las teorías aportan conocimientos y en ocasiones ven los fenómenos que estudian desde ángulos diferentes, pero algunas se encuentran más desarrolladas que otras y cumplen mejor con sus funciones. Para decidir el valor de una teoría se cuenta con varios criterios. Una teoría debe ser capaz de explicar el o los fenómenos a que hace referencia a la prueba empírica de las proposiciones de la teoría. Cuanto más evidente empírica apoye a la teoría mejor podrá describir, explicar y predecir el fenómeno o los fenómenos.

Una teoría debe ser lógicamente consistente es decir las proposiciones que la interrelacionadas (no puede contener proposiciones sobre fenómenos que no están relacionados entre sí) ser mutuamente excluyentes (no haber repetición o duplicación) ni caer en contradicciones internas o incoherentes.

Se requiere en el ámbito de generalidad, una teoría posee mas perspectivas cuanta mayor cantidad de fenómenos explique y mayor numero de aplicaciones admita.

Es la capacidad que tiene una teoría de general nuevas interrogantes y descubrimientos las teorías que originan en mayor medida la búsqueda de nuevos conocimientos son los que permiten que una ciencia avance.

Es una teoría simple: Esto no es un requisito sino una cualidad deseable de una teoría. Indudablemente las teorías que puedan explicar uno o varios fenómenos en unas cuantas proposiciones sin omitir ningún aspecto son mas útiles que las que la necesitan un gran número de proposiciones para ello. Desde luego, la sencillez, no significa felicidad.

Algunas observaciones sobre el marco teórico:

Siempre es conveniente efectuar la revisión de la literatura y presentarla de una manera organizada. También es recomendable revisar lo que se ha hecho antes, esto ayudara a concebir un estudio mejor y mas completo.

Desde luego hay veces que por razones de tiempo, prematura en la entrega de resultados la naturaleza misma del estudio, la revisión de la literatura y la construcción del marco teórico son más rápidos y sencillos.

Al construir un marco teórico, debemos centrarnos en el problema de investigación que nos ocupa sin divagar en otros temas ajenos al estudio. Un buen marco teórico no es aquel que contiene muchas páginas, sino el que trata con profundidad únicamente los aspectos relacionados con el problema y vincula lógicamente y coherentemente en estudios anteriores. Este es otro aspecto importante que a veces se olvida.

Construir el marco teórico no significa solo reunir información, sino también ligarla (en ello la redacción es importante porque las partes que lo integran deben estar enlazadas y no debe brincarse de una idea a otra).

CRITERIOS PARA EVALUAR UNA TEORÍA

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

¿Cómo se realiza un marco teórico?

Comprende dos etapas:

- 1.-Revisión de la literatura.

Se detecta, obtiene y consulta bibliografía, con el propósito de extraer y captar información necesaria para nuestro problema de investigación, (libros, artículos publicados en el periódico, tesis, monografía, etc.).

1.-La redacción de una teoría o desarrollo de la perspectiva teórica o de referencia.

2.1.-TEORÍAS DEL CONOCIMIENTO

Origen del conocimiento:

La cuestión del origen del conocimiento humano puede tener tanto un sentido psicológico como un sentido lógico. En el primer caso dice: ¿Cómo tiene lugar psicológicamente el conocimiento en el sujeto pensante?

En el segundo caso: ¿En qué se funda la validez de cuestiones? No han sido separadas las más de las veces en la historia de la filosofía. 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 oposición al irracionalismo). En la comprensión habitual racionalismo es sensatez de inteligencia, cordura, es decir la capacidad del hombre, en su vida cotidiana y en su práctica cognoscitiva, para juzgar sensatamente saliendo en lo posible del poder de los sentimientos 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 filósofo y científico francés del siglo XVII René Descartes, el cual creía que la geometría representaba el ideal de todas las ciencias y también de la filosofía.

Manténía que solo por medio de la razón se podían descubrir ciertos universales, verdades evidentes en sí, de las que es posible deducir el resto de contenidos de la filosofía y de las ciencias. Manifestaba que estas verdades evidentes en sí 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 y matemático alemán Gottfried Wilhelm Leibniz. Se opusieron a ella los empiristas británicos, como John 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 filosófica. 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 sí 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 sí y que la revelación no es necesaria, como en el deísmo. Desde finales del año 1800, el racionalismo ha jugado sobre todo 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 encontramos el racionalismo Inmanente el cual surgió en la edad moderna con Descartes y Leibniz los cuales hablan de las teorías innatas. En donde según poseemos un determinado número 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.

Descartes habla que tales ideas son más o menos perfectas y que para llegar al razonamiento 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 basaba en la duda metódica y los pasos eran:

- 1.- Intuición no admitir algo como verdadero algo sin tener evidencia.
- 2- Análisis, dividir cada una de las dificultades como sea posible.
- 3.- Síntesis, conducir ordenadamente los pensamientos, empezando por lo más simple.
- 4.- Evaluación, hacer de todo enumeraciones para no omitir nada como en 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 la única fuente del conocimiento es mediante experiencia, ya que el espíritu humano está por naturaleza vacío o en blanco y que por medio de la experiencia procedan los conceptos.

John Locke (1632- 1704){ pensador ingles, máximo representante de la doctrina filosófica del empirismo.

Nacido el 29 de agosto de 1632 en Wrington (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 y 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.

Regreso 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, regreso de nuevo a Inglaterra el nuevo rey Guillermo III DE Orange Lo nombro 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 filosofo y estadista Ingles Francis Bacon a principios del siglo XVII, PERO Locke le

dotó de una expresión sistemática en su ensayo sobre el entendimiento humano en 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 empirismo se aplicaba 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 en dotarlo de una expresión sistemática, aunque su compatriota, el filósofo Francis Bacon, había anticipado algunas de sus conclusiones.

Entre otros empiristas también se cuentan se cuentan David Hume el cual pensaba que nadie podía conocer nada ajeno a la experiencia e incluso hasta se basa en la percepción subjetiva de uno mismo, por lo que nunca proporciona un conocimiento autentico de la realidad; y George Berkeley su pensamiento era que la dificultad del conocimiento no se debe a la imperfección de las facultades humanas, si no al mal uso de ellas.

Opuesto al empirismo es el racionalismo, representado por pensadores como el Francés Rene Descartes, el holandés Baruch Spinoza y los filósofos de los siglos XVII y XVIII Gottfried Wilhelm Leibniz y Christian Von Wolf.

Los racionalistas afirman que la mente es capaz de reconocer la realidad mediante su capacidad para razonar, una facultad que existe independiente de la experiencia.

El pensador alemán Kant intento lograr un compromiso entre el empirismo y el racionalismo, restringiendo el conocimiento al terreno de la experiencia , a posteriori, y por ello coincidía con los empiristas, pero atribuía a la mente una función precisa al incorporar las sensaciones en la estructura de la experiencia. Esta estructura podía ser conocida a priori sin recurrir a métodos empíricos, y en este sentido Kant coincidía con los racionalistas.

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 validos que se establecen no solo 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 derivado intelligere- intus legere leer en el interior por lo tanto nada existe en el entendimiento que no haya estado antes en el sentido.

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. Está era también la opinión del racionalismo.

Pero mientras éste 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 cierto sentido, recipientes vacíos, las intuiciones sin los conceptos están ciegas.

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 pueden distinguir diferentes aplicaciones y definiciones.

En su forma más radical y, muchas veces rechazada, 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 éste puede reducirse al mero hecho de pensar.

Para los idealistas, por otro lado, la mente actúa y es, de hecho, capaz de hacer 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; si un estudio sobre el mundo real pretende ser científico es básico tener en cuenta este hecho.

Platón, un remoto precursor del idealismo, postulaba la existencia de un universo de las ideas o formas que se reflejan de modo imperfecto como los diferentes objetos que se perciben en la experiencia común. Sostenía que estas formas o ideas no son sólo más inteligibles con claridad, sino también más reales que sus reflejos transitorios y en esencia ilusorios.

El clérigo y filósofo irlandés del siglo XVIII George Berkeley pensaba que todos los aspectos de aquello que una persona percibe son en realidad reducibles a las ideas presentes en su mente. El observador no hace que existan los objetos externos, sino que su idea cierta es introducida en la mente humana de modo directo por dios.

El filósofo alemán del siglo XVIII Kant perfeccionó con gran intensidad el idealismo a través de su análisis crítico sobre los límites del conocimiento asequible para el ser humano. Kant sostenía que todo lo que se puede saber de las cosas es la forma en que se manifiesta su experiencia, no hay modo de averiguar lo que son en esencia en sí mismas. Sin embargo, Tam Gottlieb Fichte bien consideraba que los principios básicos de la ciencia se basan en la estructura de la mente más que en el mundo externo.

El filósofo alemán del siglo XIX Georg Wilhelm Friedrich Hegel consideraba incorrecta la teoría de Kant que presenta como inevitable la ignorancia humana sobre la verdadera naturaleza de las cosas. Hegel defendía la inteligibilidad última de todo lo que existe.

También pensaba que todos los mayores logros del espíritu humano (la cultura, ciencia, religión y el estado) no son resultado de procesos mentales determinados por una vía natural, sino que son concebidos y mantenidos por la dialéctica, la actividad del intelecto libre y reflexivo.

REALISMO

En la filosofía moderna, el término realismo se aplica a la doctrina que manifiesta que los objetos comunes percibidos por los sentidos, como mesas y sillas, tienen una existencia independiente del propio ser percibido. En este sentido, es contrario al idealismo de filósofos como George Berkeley o Kant.

En su forma extrema, llamado a veces realismo ingenuo, se piensa que las cosas percibidas por los sentidos son en rigor lo que parecen ser. En versiones más complejas a veces denominadas como realismo crítico, se da alguna explicación de la relación entre el objeto y el observador que tiene en cuenta la posibilidad de que tengan lugar ilusiones, alucinaciones y otros errores de la percepción.

En la filosofía medieval, el término realismo hacía referencia a una posición que consideraba las formas platónicas, o conceptos universales, como reales. Esta posición se llama ahora realismo platónico. En la filosofía de Platón, un nombre común, como cama, se refiere a la naturaleza ideal del objeto, sugerida por su definición, y esta naturaleza ideal tiene una existencia metafísica independiente de los objetos particulares de esta clase.

Así la circularidad existe aparte de los círculos particulares, la justicia, independientemente de los individuos o estados justos particulares, y la idea de la cama, independientemente de las camas particulares. En la edad media, esta

posición fue defendida frente el nominalismo que negaba la existencia de tales universales.

Los nominalistas afirmaban que los muchos objetos llamados por un único nombre no comparten nada sino sólo dicho nombre. El termino medio entre estas dos posiciones incluía el realismo moderado que afirmaba que los universales existen en los objetos del mismo tipo pero no independientes de ellos, y el conceptualismo, que mantenía que los universales podrían existir con independencia de los objetos de un tipo particular, pero sólo como una idea de la mente, no como una entidad metafísica que existe en sí misma.

CONCEPCIÓN FILOSÓFICA DE LA EDUCACIÓN.

Durante el siglo V a. C., los sofistas griegos cuestionaron la posibilidad de que hubiera un conocimiento fiable y objetivo. Por ello, uno de los principales sofistas, Gorgias, afirmó 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.

Platón, siguiendo a su ilustre maestro Sócrates, intentó contestar a los sofistas dando por sentado la existencia de un mundo de “formas” o “ideas”, invariables e invisibles, sobre las que es posible adquirir un conocimiento exacto y certero. En el famoso mito de la caverna, que aparece en uno de sus principales diálogos. La República, platón mantenía que las cosas que uno ve y palpan son sombras, copias imperfectas de las formas puras que estudia la filosofía.

Por consiguiente, sólo el razonamiento filosófico abstracto proporciona un conocimiento verdadero, mientras que la percepción facilita opiniones vagas e inconsistentes. 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, pero discrepó en cuanto al método apropiado para alcanzarlo. Aristóteles mantenía que casi todo el conocimiento se deriva de la experiencia.

El conocimiento se adquiere ya sea por vía directa, con la abstracción de los rasgos que definen a una especie, o de forma indirecta, deduciendo nuevos datos de aquellos ya sabidos, de acuerdo con las reglas de la lógica. La observación cuidadosa y la adhesión estricta a las reglas de la lógica, que por primera vez fueron expuestas de forma sistemática por Aristóteles, ayudarían a superar las trampas teóricas que los sofistas habían expuesto.

Las escuelas del estoicismo y del epicureísmo coincidieron con Aristóteles en que el conocimiento nace de la percepción pero, al contrario que Aristóteles y Platón, mantenían que la filosofía debía ser considerada como una guía práctica para la vida y no como un fin en sí misma.

Después de varios siglos de declive del interés por el conocimiento racional y científico, santo Tomás de Aquino (máximo representante del escolasticismo) y otros filósofos de la edad media ayudaron a devolver la confianza en la razón y la experiencia, combinando los métodos racionales y la fe en un sistema unificado de creencias.

Tomás de Aquino coincidió con Aristóteles en considerar la percepción como 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.

TEORÍA

Según (Black y Champion, 1976, p. 56.) "Una teoría es un conjunto de proposiciones relacionadas sistemáticamente que especifican relaciones causales entre variables.

Según (Blalock, 1985, p. 12.) "Las teorías no sólo consisten en esquemas o tipología conceptuales, sino que contienen proposiciones semejantes a leyes que interrelacionan dos o más conceptos o variables al mismo tiempo. Más aún, estas proposiciones deben estar interrelacionadas entre sí.

Según (Bandura, 1977 y 1978). Muchos esquemas conceptuales vienen acompañados de explicaciones adicionales que nos ayudan a comprender un fenómeno; tal es el caso del aprendizaje social y la agresión.

FUNCIONES DE LAS TEORÍAS.

1.-La función más importante de una teoría es explicar: decir por qué, cómo y cuándo ocurre un fenómeno.

Una teoría debe tener mayor o menor perspectiva. Hay teorías que abarcan diversas manifestaciones de un fenómeno. Hay otras que abarcan ciertas manifestaciones del fenómeno.

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

3.- Otra función es la predicción. Es decir, hacer inferencias a futuro sobre cómo se va a manifestar u ocurrir un fenómeno, dadas ciertas condiciones.

Para la explicación y predicción de cualquier fenómeno o hecho 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.

- 1.- Capacidad de descripción, explicación y predicción.

Una teoría debe ser capaz de describir o explicar el (los) fenómenos a que se 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.

- 2.- Consistencia lógica.

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

3.- Perspectiva.

Se refiere al nivel de generalidad. Una teoría posee más perspectiva cuanto mayor cantidad de fenómenos explique y mayor número de aplicaciones admita.

4.- Fructificación.

Es la capacidad que tiene una teoría de generar nuevas ideas interrogantes y descubrimientos. Las teorías que originan, en mayor medida, la búsqueda de nuevos conocimientos son los que permitan que una ciencia avance. Este criterio es de interés para la perspectiva cualitativa.

5.- Parsimonia.

Una teoría parsimoniosa es una teoría simple, sencilla. Éste no es un requisito, sino una cualidad deseable de una teoría. Indudablemente las teorías que pueden explicar uno o varios fenómenos en unas cuantas proposiciones sin omitir ningún aspecto son más útiles que las que necesitan un gran número de proposiciones para ella.

TEORÍA EDUCATIVA:

Epistemología (del griego, episteme, “conocimiento”; logos, “teoría”), rama de la filosofía que trata de los problemas filosóficos que rodean a la denominada teoría del conocimiento. La epistemología se ocupa de la definición del saber y de los conceptos relacionados, de las fuentes, de los criterios, de los tipos de conocimiento posible y del grado con el que cada uno resulta cierto; así como de la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido.

La epistemología se ocupa de la definición del saber y de los conceptos relacionados, de las fuentes, de los criterios, de los tipos de conocimiento posible y del grado con el que cada uno resulta cierto; así como de la relación exacta entre el que conoce y el objeto conocido.

TEORÍAS DE LA EDUCACIÓN:

En el transcurso de las últimas décadas la motivación ha venido jugando un papel cada vez más 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 explicaciones, vamos a considerar solamente los conceptos más importantes de las teorías asociacionistas y cognoscitivas del aprendizaje de las teorías psicoanalíticas, humanísticas y de la personalidad, las cuales se describirán a continuación.

TEORÍAS DEL APRENDIZAJE:

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 rechazada enérgicamente la aseveración de que cualquier motivación humana pudiera explicarse en función de los conceptos de privación. Así pues Maslow presentó una jerarquía de necesidades en orden jerárquico:

- 1.- Fisiológicas.
- 2.- De seguridad.

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

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

TEORÍA PSICOANALÍTICA.

La teoría psicoanalítica tiene su origen en Freud (1900). Hace énfasis en las primeras experiencias de la infancia como determinantes principales de la personalidad del individuo durante toda su vida.

Otro concepto fundamental de las teorías freudianas los individuos no entienden por qué se comportan de determinada manera y además, 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 muchas otras materias de la personalidad, como el desarrollo del ego y de la habilidad de las personas para enfrentarse a conciencia con situaciones de la vida.

Después de la revisión teórica es necesario comenzar con el marco teórico de la investigación ya que ahora dependerá de lo que nos revela la revisión de la literatura y del enfoque elegido. Ya que se analizó que es una teoría, ¿como

se construye?, y ¿para que nos sirve?, se comenzará a analizar las teorías que para esta investigación se utilizarán.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

El avance de los conocimientos sobre hipertensión arterial y los mecanismos que mantienen la presión arterial normal, ha hecho difícil el definir no solamente el concepto de la hipertensión, sino determinar cual es la presión arterial normal, lo que hace a las decisiones clínicas progresivas más difíciles, particularmente en el terreno terapéutico.

Ello hace evidente la necesidad de un consenso. Tradicionalmente se ha considerado al sistema cardiovascular como un sistema de resistencia al flujo sanguíneo, y a la hipertensión arterial como un proceso en el cual dichas resistencias se encuentran elevadas, sin embargo, a raíz del descubrimiento del óxido nítrico como el factor relajante dependiente del endotelio, y de contar con antagonistas de la L arginina, esta idea cambió, se planteó la teoría que considera al sistema circulatorio con un tono normal de vasodilatación mediado por el óxido nítrico, y a la hipertensión arterial el resultado de la pérdida de dicho estado de vasodilatación.

Se han hecho esfuerzos por definir la presión arterial en base a valores de presión arterial que si bien son arbitrarios, representan para quienes los portan un aumento de riesgo para desarrollar alguna complicación en particular cardiovascular así como disminución en la esperanza y calidad de vida.

MECANISMOS REGULADORES DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

La presión arterial depende fundamentalmente de dos variables hemodinámicas:

a).-El flujo sistémico total (gasto cardiaco).

b).-La resistencia establecida por los vasos sanguíneos y la viscosidad sanguínea para la progresión anterógrada de la sangre (resistencia periférica).

La hipertensión arterial es el aumento de forma crónica de la presión arterial. Se trata de una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y dejada a su evolución sin tratamiento puede ser que el primer síntoma que de ella se tenga sea una complicación severa como un infarto de miocardio o una hemorragia o trombosis cerebral, etc., cosa que se puede evitar si la tratamos y controlamos adecuadamente.

Los valores límites hoy aceptados como normales son 140 mm de Hg. para la presión arterial sistólica y 90 mm de Hg para la diastólica. Popularmente estas cifras de presión se conocen como 14 y 9.

Las primeras consecuencias de la hipertensión la sufren las arterias que se endurecen a medida que soportan la presión alta de forma continua, se hacen más gruesas y tortuosas, pudiendo verse dificultado al paso de sangre a su través. Esto se conoce con el nombre de arteriosclerosis.

CAUSAS

Se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial más frecuente, denominada "hipertensión esencial", "Primaria" o "idiopática".

En la hipertensión esencial no se han descrito todavía sus causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de estos sujetos. Conviene separar, aquellos relacionados con la herencia, sexo, edad y raza y por tanto poco modificables, de

aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y costumbre de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

Herencia:

De padres a hijos se trasmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.

Sexo:

Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes, existe un especial riesgo cuando toman píldoras anticonceptivas.

Edad y raza:

La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad. En cuanto a la raza, únicamente señalar que los individuos de raza negra tienen el

doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca además de tener un peor pronóstico.

Sobrepeso:

Hay que partir del hecho de que un individuo con sobrepeso esta más expuesto a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de hipertensión arterial entre los obesos, a cualquier edad que se considere, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos de la misma edad que estén en su peso ideal.

No se sabe con claridad si es la obesidad por si misma la causa de la hipertensión o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serian en parte responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones.

SÍNTOMAS

Una elevada presión arterial rara vez se da conocer, porque generalmente no presenta síntomas. Estar nervioso o tenso por ejemplo no quiere decir necesariamente tener la presión arterial elevada.

DIAGNOSTICO

La única manera de detectar la hipertensión en sus inicios es con revisiones periódicas. Mucha gente tiene la presión arterial elevada durante años sin saberlo.

El diagnóstico se puede realizar a partir de tres vías: los antecedentes tanto familiares como personales, una exploración física u otras complementarias.

TRATAMIENTO

La hipertensión no puede curarse en la mayoría de los casos, pero puede controlarse. En general debe tomarse un tratamiento regular de por vida para bajar la presión y mantenerla estable. Las pastillas son sólo parte del tratamiento de la hipertensión, usualmente el médico le habrá recomendado una dieta para perder peso y no abusar del consumo de sal, hacer ejercicios, etc.

Principales medidas:

Reducir el peso corporal en los pacientes hipertensos con sobrepeso.

- Reducir el consumo de sal a 4-6 gramos al día; consumir menos productos preparados y en conserva, y no salar los alimentos en su preparación o presentación en la mesa. Existen pacientes que no responden a la restricción salina.

- Reducir la ingesta de alcohol, en las mujeres debe ser inferior a 140 gramos a la semana y en los hombres, inferior a 210 gramos a la semana.

Ejercicio físico, preferentemente pasear, correr moderadamente, nadar o ir en bicicleta, durante 30-45 minutos, mínimo 3 veces por semana.

Reducir el consumo de café. No más de 2-3 cafés al día.

Consumir alimentos ricos en potasio, como legumbres, frutas y verduras.

Abandonar el hábito de fumar.

Seguir una dieta rica en ácidos grasos polinsaturados y pobre en grasas saturadas.

Además de las medidas recomendadas, el hipertenso dispone de una amplia variedad de fármacos que le permiten controlar la enfermedad. El tratamiento debe ser siempre individualizado.

Para la elección del fármaco, hay que considerar factores como la edad, el sexo y la etnia del paciente, el grado de hipertensión, la presencia de otros trastornos (como diabetes o valores elevados de colesterol), los efectos secundarios probables y los costos de los fármacos y de las pruebas necesarias para controlar su seguridad.

Habitualmente, los pacientes toleran bien los fármacos. Pero cualquier fármaco antihipertensivo puede provocar efectos secundarios. De modo que si estos aparecen, se debería informar de ello al médico para que ajuste la dosis o cambie el fármaco.

Existen tres tipos de aparatos para medir la presión arterial:
- El esfigmomanómetro de mercurio, es el más exacto y menos expuesto a errores, para su uso se requiere un fonendoscopio.

- El esfigmomanómetro de aire, es el más utilizado y es también un aparato preciso e igualmente necesita de un fonendoscopio para su uso.

- El aparato electrónico, este tipo de aparato se utiliza mucho para realizar el autocontrol, no necesita fonendoscopio porque lleva un detector del pulso incorporado, es de fácil manejo. Se trata de un aparato muy sensible a los ruidos y a los movimientos, para que los valores obtenidos sean exactos, es necesario que el brazo no se mueva y que no se hable.

Es importante que el aparato esté en buenas condiciones y se revise periódicamente.

Además, para medir la presión arterial se requiere que el sujeto cumpla una serie de condiciones:

Debe estar relajado.

Sentado y con el brazo derecho sobre la mesa.

Sin que la ropa le presione el brazo.

Las piernas no deben estar cruzadas.

Con la vejiga urinaria vacía.

Sin haber comido, fumado, bebido alcohol ni hecho ejercicio físico pesado en los treinta minutos anteriores a la medición.

Para medir la presión arterial debe colocarse el manguito del esfigmomanómetro a la altura del corazón. El borde superior del mismo debe estar como mínimo 2 cm por encima de la flexura del codo.

A continuación se infla el manguito hasta una presión de 180 mm de Hg, si se sabe que en determinaciones anteriores, la presión sistólica era superior a esta cifra, se infla hasta una presión 20 mm Hg por encima de la última conocida.

Se coloca la campana del fonendo allí donde previamente se ha localizado el latido arterial en la flexura del codo y se procede a desinflar poco a poco el manguito.

El primer latido que se escucha corresponde a la presión sistólica o máxima y la desaparición del latido a la presión diastólica o mínima. En los niños y también en algunos adultos, los latidos no desaparecen; entonces se considera como presión diastólica aquella en la que se modifica la tonalidad de los latidos.

RIESGOS

El principal riesgo es el infarto de miocardio, un hipertenso no tratado tiene, como media, 10 veces más riesgo de morir de infarto que un individuo con tensión normal.

Asimismo, puede producir trombos o rupturas arteriales, pudiendo dar lugar a hemorragias, daño en las células nerviosas, pérdida de memoria, parálisis, etc.

El riñón también sufre las consecuencias de la hipertensión arterial y entre los pacientes hipertensos se produce insuficiencia renal con mas frecuencia que entre los pacientes normo tensos.

Los pequeños vasos del fondo del ojo (que se miran con el oftalmoscopio), también se ven amenazados por la hipertensión, su rotura produce hemorragia llegando incluso a la pérdida de la visión.

COMPLICACIONES

Las complicaciones mortales o no de la HTA se relacionan de modo muy directo con la cuantía del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. Por este motivo, la mejor manera de prevenirlas es establecer el diagnóstico precoz de la hipertensión.

HÁBITOS CORRECTOS

Ejercicio físico: La práctica de ejercicio físico es altamente recomendable, pues no sólo se produce una reducción de las presiones arteriales, sino que también tiene un efecto beneficioso sobre otros factores de riesgo cardiovascular tales como la obesidad, diabetes, colesterol alto, etc. Sea cual sea su edad hacer regularmente ejercicio físico moderado es un hábito saludable que le reportará beneficios a lo largo de toda la vida, algunos de ellos se los exponemos a continuación.

Conviene comenzar a hacer ejercicio con un programa que implique un entrenamiento suave y de forma gradual se vaya incrementando su intensidad a lo largo de las jornadas sucesivas de ejercicios.

Consumo moderado de alcohol: Beber alcohol en exceso aumenta la tensión arterial, pero este efecto no se manifiesta si las cantidades de alcohol son moderadas.

Es importante señalar que el consumo de hasta 40 gramos diarios, no solo no produce elevación de la tensión arterial, sino que se asocia a una pequeña disminución de la misma, aunque al hipertenso que no bebe no se le aconseja que lo haga. No obstante, hay que recordar que las bebidas alcohólicas tienen

calorías, por ello, si estamos sometidos a una dieta baja en calorías se debe restringir su uso.

Algunas veces hay que restringir aún más el consumo de alcohol, sobre todo si, como es frecuente, la hipertensión se asocia a enfermedades metabólicas como diabetes o al aumento de ciertas grasas en la sangre (triglicéridos).

La hipertensión arterial es una enfermedad MUY frecuente, que habitualmente no causa ningún síntoma que haga sospechar a la persona que la padece, y es la principal causa de las enfermedades cardiovasculares. Por ello, el diagnóstico y tratamiento precoz del paciente hipertenso es imperativo y constituye la mejor forma de reducir la alta tasa de muertes de causa cardiovascular que se producen en nuestro país.

En esta página se resumen conocimientos básicos sobre la hipertensión arterial que tienen una gran importancia para el paciente. Cuestiones como conocer las cifras que definen la hipertensión arterial, la forma de detectar la enfermedad, los riesgos asociados a la misma o los fundamentos del tratamiento antihipertensivo, son muy importantes para los pacientes y su conocimiento les ayudará a entender mejor las recomendaciones del médico que le cuida y a cooperar más para que el cumplimiento del tratamiento sea mejor, única forma de reducir el riesgo cardiovascular.

La presión arterial es la fuerza con la que la sangre circula por el interior de las arterias de nuestro cuerpo. Cada vez que el corazón se contrae, lanza la sangre con fuerza a las arterias para que sea distribuida a todo el organismo.

La presión con la que sale la sangre del corazón es mayor cuando el corazón se contrae, y a esta presión se la conoce como presión sistólica o máxima. Cuando el corazón se relaja, la presión en el interior de las arterias es

menor, y se denomina presión diastólica o mínima. Sin presión en el interior de las arterias, la sangre no podría circular.

En ocasiones, esta fuerza con la que circula la sangre en nuestro organismo (presión arterial) aumenta. Decimos entonces que hay hipertensión arterial. Pero la presión arterial no es la misma siempre, sino que a lo largo del día se van produciendo aumentos y descensos normales, dependiendo de la actividad que se realice o del estado afectivo en que nos encontremos.

Así, el ejercicio, la comida, las preocupaciones, pueden producir un aumento temporal de presión arterial, mientras que el descanso y el sueño producen un descenso de presión.

Se considera que existe hipertensión arterial cuando las cifras de presión están iguales, o superiores a 140 y/o 90 mm Hg.

Cuando las cifras de presión son inferiores a 140 y 90 mm Hg, decimos que el paciente es normotenso.

La hipertensión arterial es la enfermedad más fácil de diagnosticar. Basta con medir las cifras de presión arterial con un aparato llamado esfigmomanómetro. Esta medición puede realizarse en la consulta del médico o en cualquier lugar en que exista una persona entrenada en tomar la presión.

También puede realizarse en un aparato de medición automática, pero como ya hemos dicho que la presión varía mucho a lo largo del día, antes de considerarnos hipertensos es necesario comprobar varias veces la presión arterial y estar seguros de que la medición se hace de forma adecuada, y esto debe ser realizado por personal sanitario entrenado.

Durante mucho tiempo se había desconocido la respuesta a esta pregunta. Hoy sabemos bien que tener la presión alta es malo para las arterias de nuestro cuerpo, que poco a poco van dañándose, hasta terminar por cerrarse o por romperse.

Además, la presión elevada hace que aumente el trabajo del corazón, el cual aumenta de tamaño y puede llegar a fallar. El riñón sufre también las consecuencias de la hipertensión arterial y entre los 11 pacientes hipertensos se produce insuficiencia renal con más frecuencia que entre los normotensos.

Esto hace que en las personas hipertensas se produzcan con mayor frecuencia infartos de miocardio, accidentes insuficiencia renal y otros problemas que pueden producir invalidez e incluso la muerte del paciente.

La hipertensión arterial no produce habitualmente ningún tipo de síntomas. Es muy común que el paciente acuda a tomarse la presión cuando le duele la cabeza o tiene mareos, pero estos son síntomas comunes a muchas enfermedades y la mayor parte de las veces el paciente los sigue teniendo después de conseguir tener la tensión controlada. Por eso, a la hipertensión se le llama “el asesino silencioso”, y, en ocasiones, el paciente se entera de que es hipertenso cuando le ocurre un accidente vascular cerebral o un infarto.

Hay algunos pacientes que presentan un estado de nerviosismo cuando tienen la presión alta y éste desaparece cuando están bien controlados, pero lo más común es que el paciente se encuentre bien, incluso con cifras de presión muy altas, por lo que la única forma de conocer la situación del paciente es medir la presión periódicamente.

La hipertensión arterial es desgraciadamente, una enfermedad muy común. La Encuesta nacional de Enfermedades Crónicas realizada por la S.S.A.

en 1993, establece que la prevalencia nacional de hipertensión arterial en México es de 24%. La distribución según diagnóstico señala un importante déficit, ya que el 59% de los hipertensos fueron hallazgo de la encuesta, en tanto el 41% tenía un diagnóstico previo.

La hipertensión aparece en todas las edades, aunque es más frecuente en las personas de más edad. La padecen hombres y mujeres, pero estas la padecen con menos frecuencia hasta los cincuenta años, en que, coincidiendo con la menopausia, aumenta el número de mujeres hipertensas hasta hacerse igual e incluso superior que el de hombres.

La hipertensión puede deberse a diversas causas como enfermedades de riñón o de sus arterias, o a enfermedades de glándulas como la tiroides o las suprarrenales.

También puede producirse hipertensión por la toma de algunas sustancias o medicamentos como anticonceptivos o corticoesteroides. Cuando esto ocurre, decimos que la hipertensión arterial es secundaria.

La obesidad y el alcoholismo también producen hipertensión y es común ver las cifras de presión cuando baja el peso o disminuye la ingesta de alcohol. Desgraciadamente, la mayoría de los pacientes tienen un tipo de hipertensión sin causa conocida. A esta hipertensión se la denomina esencial y es la que se encuentra en el 90% de los pacientes.

En estos pacientes es muy común encontrar otros casos de hipertensión en la familia, ya que la tendencia a ser hipertenso se hereda *como* la estatura o el color de pelo.

Por ello, las personas que tienen hipertensos en su familia, deben vigilarse la presión arterial periódicamente, ya que están expuestos a hacerse hipertensos.

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PUEDE CURARSE

En aquellas hipertensiones que hemos llamado secundarias, es decir, tienen una causa conocida, es posible, en ocasiones, curar al paciente y lograr que no vuelva a tener la presión elevada.

La solución en unos casos será fácil; así cuando la causa es la ingesta de algunas sustancias o medicamentos, basta casi siempre con suspenderlos para que la presión se normalice.

Lo mismo ocurre en la hipertensión secundaria debida a la obesidad o a una alta ingesta alcohólica.

En otras ocasiones, la solución exige una intervención quirúrgica, como ocurre en la hipertensión renovascular, en el feocromocitoma y en algunos hiperaldosteronismos.

En otras ocasiones, aunque conozcamos la causa, no podemos remediarla como ocurre en la mayoría de las enfermedades de riñón que se acompañan de hipertensión.

Cuando la hipertensión es esencial, es decir, de causa desconocida, no tiene curación y el paciente tendrá que recibir tratamiento con dieta o con fármacos toda su vida.

¿DEBE TRATARSE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ASENCIAL?

Ya hemos visto que los hipertensos tienen, con más frecuencia que los normotensos, complicaciones como: angina de pecho, infarto, accidentes vasculares cerebrales, insuficiencia renal o enfermedades vasculares periféricas. La reducción de las cifras de presión hasta las cifras consideradas como normales, ya sea con dieta, cambios de tipo de vida o fármacos, va acompañada de una reducción muy importante de las complicaciones de la hipertensión.

Por lo tanto, todos los hipertensos deben ser tratados hasta conseguir disminuir las cifras de presión arterial por debajo de 140 y 90 mmHg, y mantener después este tratamiento de forma **continuada**.

La presión debe tratarse inicialmente con cambios en la dieta, reduciendo moderadamente la sal, los alimentos grasos y las calorías, si existe obesidad. Es conveniente reducir la ingesta de bebidas alcohólicas, realizar algún ejercicio físico moderado y huir de las situaciones que produzcan estrés. Si después de un tiempo con estas medidas no se ha logrado un adecuado descenso de la presión, será necesario recurrir al tratamiento farmacológico.

Hoy, afortunadamente, existen muchas medicinas para reducir la presión arterial que son muy eficaces y con mínimos efectos secundarios. Su médico, que es quien mejor conoce su enfermedad, decidirá cual de los fármacos es el más adecuado para iniciar su tratamiento. En ocasiones, no es suficiente con un fármaco y es necesario añadir un segundo fármaco e incluso un tercero. Otras veces, los pacientes no toleran la medicación indicada, debiendo acudir de nuevo a su médico para que les sea sustituido por otro.

El paciente hipertenso puede y debe llevar una vida totalmente normal. Los excesos de cualquier tipo son malos para todo el mundo, no solo para las

personas que tienen elevada la presión arterial. Una reducción moderada de la sal y del contenido en grasa de los alimentos no tiene por que convertir la comida en algo monótono e insípido.

La utilización de alimentos frescos, la elaboración cuidadosa y un empleo adecuado de los condimentos logran que el seguir una dieta no se convierta en un sacrificio. El uso de alcohol y caté en cantidades moderadas está permitido en el paciente hipertenso. El ejercicio físico moderado no sólo no es perjudicial, sino que es muy recomendable, ya que ayuda a un mejor control de la presión arterial y es de gran ayuda en aquellos pacientes que presentan sobrepeso.

El tabaco, en cambio, es dañino por si solo; pero, además, en el paciente hipertenso es doblemente dañino, ya que une sus efectos sobre las arterias a los de la hipertensión, con lo que el riesgo del paciente aumenta extraordinariamente.

De todos factores ambientales que influyen sobre las cifras de presión arterial, el aumento de peso y el excesivo consumo de alcohol son los más relevantes, teniendo una importancia muy superior a la ingesta de sal. Aumentar peso significa aumentar las cifras tensionales, y reducir peso, incluso aunque no se alcance el peso ideal, se acompaña siempre de una reducción de las presiones arteriales.

Por tanto, el hipertenso obeso lo primero que tiene que hacer es reducir su peso y, en un porcentaje bastante alto de estos pacientes, ello bastará para normalizar las presiones arteriales. Y si no es así, al menos lo hará controlarse mejor con menos medicación.

¿Cómo se pierde peso? Y, todavía más importante, ¿cómo se evita la ganancia de peso una vez que ha perdido? En este documento se recogen algunas recomendaciones importantes para lograr estos objetivos, que hay que

saber que son muy difíciles de conseguir porque solo se conseguirán si se modifican profundamente los hábitos dietéticos y se aumenta el tiempo dedicado a la práctica del ejercicio físico.

Modificar los hábitos dietéticos es muy difícil y exige estar muy convencido de la necesidad de hacerlo; de lo contrario, la pérdida de peso es efímera.

Pese a estas dificultades, hay que luchar contra la obesidad que, por, si misma, es un factor de riesgo y que, además de elevar las presiones arteriales, también eleva el colesterol y produce trastornos del metabolismo hidrocarbonado.

El índice de masa corporal se relaciona estrechamente con los niveles de presión arterial. A medida que se aumenta de peso, se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres.

En los niños, hasta la adolescencia, la relación entre tensión arterial y peso y talla es muy llamativa, constituyendo peso y talla los principales determinantes de los niveles de tensión arterial.

La prevalencia o frecuencia de aparición de hipertensión arterial entre los obesos es entre 2-3 veces superior a la frecuencia con que aparece hipertensión en sujetos de igual edad que estén en su peso ideal. Pero también se da a la inversa. Entre los hipertensos es más frecuente el exceso de peso se ha observado que una diferencia de 10 kg. en el peso corporal supone una diferencia de 3 mm hg en la tensión arterial sistólica («máxima») y de 2,2 en la tensión arterial diastólica («mínima»).

Una reducción de peso de un 10% haría bajar la tensión arterial sistólica 5 mm Hg, el colesterol total 11 mg/dl, la glucosa 2 mg/dl y el ácido úrico 0,4 mg/dl.

Otro aspecto importante es que al adulto obeso se le debe tomar la tensión arterial con un manguito adecuado para evitar errores en las cifras de presión obtenidas. La bolsa de goma del interior debe rodear, como mínimo, dos tercios de la circunferencia del brazo, por eso le tomarán la tensión con manguitos de mayor anchura y más largo.

La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular. Esto quiere decir que el exceso de peso aumenta el riesgo de padecer muerte súbita o angina de pecho.

El riesgo se eleva de forma directamente proporcional con un aumento del peso. Además, la obesidad frecuentemente se asocia con hipertensión, diabetes, aumento del ácido úrico y del colesterol, enfermedades todas ellas relacionadas con el riesgo de desarrollar arterioesclerosis y sus complicaciones.

Por esto, la obesidad se asocia con un aumento en la mortalidad. Por ejemplo, un varón de 45 años que tenga un exceso del 20% sobre su peso ideal tiene un 13,4% más de posibilidades de fallecer que otro de igual edad que esté en su peso correcto.

No es raro que los sujetos obesos tengan los niveles de glucosa altos, ya que el organismo se hace resistente a la acción de la insulina, hormona que se encarga de introducir la glucosa en las células para ser utilizada. Aparece así lo que se conoce como resistencia a la insulina, muy frecuente en la obesidad.

Por otra parte, con el exceso de peso, las articulaciones sufren más, favoreciendo la aparición de artrosis; aumenta el trabajo cardíaco, por lo que el corazón crece y se ventilan con mayor dificultad los pulmones al estar limitados los movimientos del tórax.

También se producen alteraciones endocrinas que se pueden manifestar como alteraciones en el ciclo menstrual en las mujeres o incluso retrasos en el crecimiento de los niños.

Es difícil calcular la grasa del organismo. Un método indirecto es la medición del espesor de los Pliegues corporales en el brazo, abdomen o debajo del omóplato, Por ello, las compañías de seguros americanas elaboraron unas tablas de referencia basadas en el peso y la talla, distintas para varones y mujeres, que permitirían conocer el peso ideal.

Sin embargo, en la actualidad, la forma más aceptada para diagnosticar la obesidad es empleando el ÍNDICE DE masa CORPORAL (BMI), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la talla en m². Por ejemplo, un sujeto que pese 85 kg. y mida 1.60 m tendría un BMI de $85/1.62= 33.20$.

Se habla de obesidad cuando el BMI es mayor de 25 y se clasifica en los Siguietes grupos:

Sobrepeso BMI entre 22 y 25.

Obesidad Grado 1: BMI entre 25 y 29.9

-Obesidad Grado II: BMI entre 30 y 39.9

-Obesidad Grado III: BMI mayor o igual a 40

La reducción del exceso de Peso es uno de los aspectos más importantes del tratamiento de la hipertensión arterial. En muchos pacientes constituye el único tratamiento, no siendo necesario añadir medicación. La pérdida 3-4 Kg aunque no se alcance el peso ideal, repercute de forma importante en el control tensional.

En el paciente obeso que no responde adecuadamente al tratamiento con medicación, una reducción de peso permite conseguir el control de la tensión

arterial, incluso con los mismos medicamentos que resultaban ineficaces cuando el paciente no había adelgazado.

Es más, se ha comprobado que el descenso de la tensión arterial conseguido al perder peso se pierde si se vuelve a ganar peso y es independiente de que se reduzca o no el consumo de sal.

Pero los beneficios del control del peso no se limitan a las cifras tensionales, sino que mejora la tolerancia a la glucosa, colabora a regular los niveles de colesterol y ácido úrico.

Todo ello supone una importante disminución del riesgo de sufrir un problema cardiovascular. Además, se facilita el trabajo cardíaco y la respiración, y se aminora la sobrecarga de las articulaciones.

OBESIDAD

Se habla de obesidad cuando existe un incremento de peso corporal por encima de unos valores determinados, fijados de forma arbitraria y generalmente relacionados con la talla. Por otra parte, obesidad significa un exceso de la proporción de grasa corporal, en relación con el peso magro (peso de los músculos, huesos, vísceras, etc.)

Aun queda mucho por conocer sobre los mecanismos por los que unos individuos desarrollan obesidad y otros no; sin embargo, está aceptado que el peso aumenta cuando hay un desequilibrio entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas.

La energía no empleada se almacena en el cuerpo en forma de grasa. Explicado de otra manera, si se comen más alimentos de los que el organismo

necesita o gasta en la actividad diaria, la energía que se obtiene de ellos se acumula a la espera de ser consumida. Las causas más frecuentes de Obesidad son el consumo elevado de alcohol y las dietas ricas en grasa.

Si se gana Peso, fundamentalmente es porque se ingieren más calorías de las necesarias y se gastan menos de las que se ingieren; El proceso inverso, indudablemente conseguirá disminuirlo.

Por ello, los pilares básicos para el control del exceso de peso son: introducir menos calorías en nuestra dieta y gastar más, aumentando la actividad física, o sea, dieta hipocalórica y ejercicio regular.

LA DIETA

Hay que desconfiar de las dietas mágicas que hacen perder peso rápidamente. Los hipertensos obesos no pueden permitirse, por lo ya comentado, alterar aún más su organismo.

La gran mayoría de las dietas rápidas están basadas en tomar cantidades importantes de un único nutriente, fundamentalmente grasas o proteínas. Pueden producir deshidratación, estados de acetona e incluso se alteran los niveles de colesterol y triglicéridos.

Lo que se recomienda son dietas de bajo contenido calórico (900, 1.200, 1.500, 1.800 calorías), según el grado de obesidad, el sexo y la actividad de cada individuo. Deben ser dietas equilibradas, es decir, que contengan todos los nutrientes básicos en las proporciones adecuadas.

La ingesta media de grasa debe comprender el 30-35% de la energía total que incluya la dieta, siendo menos del 10% grasa de origen animal, el 10% grasa poliinsaturada (vegetal y pescados) y el otro 10% aceites monoinsaturados (oliva).

Un 15% de las calorías debe estar en forma de proteínas y entre el 50 y el 60% como hidratos de carbono, fundamentalmente del tipo que llamamos complejos (cereales, patatas, legumbres).

La dieta sana recomienda cereales complejos: pasta, arroz, fruta, verduras, legumbres, fibra, aceites vegetales, pescados blanco y azul; limitando la ingesta de carnes rojas, quesos, huevos y jamón; desaconsejando dulces, vísceras y embutidos.

Se deben repartir las calorías en varias comidas a lo largo del día evitando los periodos de ayuno prolongados.

Lo aconsejable son cinco, intercalando entre desayuno y comida, y entre comida y cena, pequeñas colaciones.

Lo ideal con este tipo de dietas es perder 1 kilogramo por semana. Es normal perder más rápido al principio, ya que se pierden líquidos que luego se recuperaran. Pero lo fundamental de una dieta no es reducir el exceso de peso, sino mantener la pérdida conseguida. Por eso, es necesario acostumbrarse a comer de forma sana.

EL EJERCICIO

El ejercicio es importante no sólo para perder peso consumiendo calorías, sino para favorecer el buen estado del corazón y de las arterias. El ejercicio ayuda a relajarse, mejora la sensación de bienestar y disminuye la sensación de hambre.

El ejercicio físico practicado sólo esporádicamente no es beneficioso; debe hacerse de forma regular, de ser posible, diariamente. Los ejercicios saludables han de ser de moderada intensidad, no extenuantes, y que se puedan realizar durante al menos una hora. Son ejemplos recomendables caminar, montar en bicicleta, nadar, jugar al golf. Son los ejercicios que se denominan isotónicos o aeróbicos, ya que permiten que el oxígeno llegue bien a los músculos y que el corazón se adapte al esfuerzo más fácilmente.

Caminar rápido supone un consumo de 5.2 calorías/minuto, nadar 11.2 calorías/minuto y montar en bicicleta 8.2 calorías! minuto. No es un consumo de energía muy importante, pero realizando la actividad de forma habitual se logra un adecuado consumo calórico.

Existe la creencia errónea de que el obeso lo está porque no se mueve. Esto no es así, al sujeto que ya tiene exceso de peso le supone más esfuerzo hacer ejercicio y por ello se vuelve más sedentario, creándose un círculo vicioso.

Si tiene mucho sobrepeso, es recomendable comenzar por realizar ejercicio en el agua para evitar que se sobrecarguen mucho sus articulaciones, y posteriormente, comenzar con paseos cortos. Conforme vaya adquiriendo agilidad y perdiendo peso, el hipertenso obeso podrá atreverse a otras actividades que le supongan mayor esfuerzo.

CAPITULO III

3.0.-METODOLOGÍA:

El siguiente capítulo se aborda la metodología, ya que esto nos ayudará a llevar una explicación lógica de la investigación, nos describe el tipo de paradigma que va a trabajar a lo largo de la investigación, asimismo como voy a seleccionar la muestra de trabajo, y también se habla de los instrumentos de medición, así que hay que iniciar por definir lo que es el método.

El método ha sido definido como el camino que conduce a una meta, a un fin, considerando que el vocablo proviene de las voces griegas: meta que significa hacia, allá, y hodos: que es el camino.

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS:

Los cuatro métodos lógicos generales:

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

La necesidad e importancia, tanto en la actividad científica en general como en las actividades académicas, se comprende la importancia y necesidad de la metodología.

La investigación científica en cualquier área de estudio, implica un proceder metódico, pues solo así el producto que se obtenga será válido.

Etimológicamente metodología significa ciencia del método. Ha sido definida como la disciplina que se ocupa del estudio crítico de los procedimientos que permiten llegar al conocimiento de la verdad objetiva en el campo de la investigación científica.

OBJETIVO DE LA METODOLOGÍA:

Es que el investigador adquiera elementos de las metodologías científicas y habilidades para el manejo de las mismas que son empleados en las grandes áreas disciplinarias.

3.1.-ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN:

A lo largo de la historia de la ciencia han surgido diversas corrientes de pensamiento tales como el empirismo, la fenomenología. Sin embargo desde la mitad del siglo xx tales corrientes se han polarizado en dos enfoques principales:

1.- Enfoque cuantitativo.

2.- Enfoque cualitativo.

Los dos enfoques utilizan cinco fases similares y relacionadas entre si:

1.-Llevan acabo la observación y evaluación de los fenómenos.

2.-Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluaciones realizadas.

3.-Prueban y demuestran el logro en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.

4.- Revisan tales suposiciones del análisis.

5.-Proponer nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar, cimentar o fundamentar las suposiciones e ideas o incluso para generar otras.

ENFOQUE CUALITATIVO:

Éste enfoque por lo común, se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación.

A veces pero no necesariamente se prueban hipótesis con frecuencia se basan en métodos de recolección de datos sin numeración numérica, como las descripciones y las observaciones por lo regular las preguntas e hipótesis surge como, parte del proceso de investigación y este es flexible, y se mueve entre los cuentos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en construir la realidad, tal y como, lo observan los actores de un sistema social previamente definido.

CARACTERÍSTICAS DEL ENFOQUE CUALITATIVO:

Las investigaciones cualitativas también son guiadas por áreas o temas significativos de investigación.

Ala recolección de análisis de datos, pueden desarrollar preguntas o hipótesis, antes, durante o después de la recolección y análisis.

Con frecuencia estas actividades sirven, primero para descubrir cuales son las preguntas de investigación más importantes, después para refinarlas y probar hipótesis.

El proceso se mueve dinámicamente entre los hechos y su interpretación en ambos sentidos.

Su alcance final en comprender un fenómeno social complejo. El énfasis no está en medir las variables involucradas en dicho fenómeno sino en entenderlo.

ENFOQUE CUANTITATIVO:

Utiliza la recolección de datos y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

CARACTERÍSTICAS DEL ENFOQUE CUANTITATIVO:

Regularmente elige una idea que transforma una o varias preguntas de investigación, relevantes; luego de estas deriva la hipótesis y variables; desarrolla un plan para probarlas, mide las variables de un determinado contexto; analiza las mediciones obtenidas y con frecuencia utilizando métodos estadísticos, y establece una serie de conclusiones al respecto de las hipótesis. Para general conocimiento cuantitativo se fundamenta en el método hipotético deductivo considerando las siguientes premisas:

1. -Delineamos teorías y de ellas derivamos hipótesis.
2. -Las hipótesis se someten a prueba utilizando los diseños de investigación apropiados.

3. Si los resultados corroboran las hipótesis o sean conscientes con estas, se aporta evidencia a su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones e hipótesis.

Cuando los resultados de diversas investigaciones acotan evidencia a favor de las hipótesis, se genera confianza en la teoría que la suspenda o apoya. Si no es así, se descarta la hipótesis y eventualmente la teoría.

Además de las investigaciones cuantitativas señalan que no se desechan la realidad subjetiva ni las experiencias individuales, asimismo hay dos realidades: la primera consiste en creencias, presuposiciones y experiencias subjetivas de las personas y la objetiva e independiente de las creencias que tengamos hacia ella.

La realidad objetiva es necesaria conocerla o tener la mayor cantidad de información sobre ella. La realidad del fenómeno existe, y si a los eventos que nos rodean los conocemos a través de sus manifestaciones.

Para entender nuestra realidad él porque de las cosas, hay que registrar y analizar dichos eventos que nos rodean los conocemos a través de sus manifestaciones.

Para entender nuestra realidad él porque de las cosas, hay que registrar y analizar dichos eventos.

Desde luego, para este enfoque, lo subjetivo existe y posee un valor para los investigadores. Pero de alguna manera se aboca a demostrar que también se adecua a la realidad objetiva. Cuando los investigadores creíbles establezcan que la realidad objetiva es diferente de nuestras creencias estas deben modificarse o adaptarse a la primera.

Para este enfoque, la forma confiable para conocer la realidad es a través de la recolección y el análisis de datos de acuerdo a ciertas reglas lógicas. Así estas se siguen cuidadosamente y los datos generados poseen los estándares de validez, es decir la posibilidad de ser refutada o de duplicarse con la finalidad de seguir construyendo conocimiento.

Por lo común en los estudios cuantitativos se establecen a una o varias hipótesis se diseña un plan para someterlas a prueba, se miden los conceptos incluidos en la hipótesis, las variables y se transforman las mediciones en valores numéricos (datos cuantificables), para analizarse posteriormente con técnicas estadísticas, y extender los resultados a un universo más amplio, o para consolidar las creencias.

Tales estudios llevan la esencia en su título cuantificar y aportar evidencias de una teoría que se tiene para explicar algo; la teoría mantiene hasta que se refute o se alcance una mejor explicación. Un estudio se basa en otro. Los estudios cuantitativos se asocian con los experimentos, las encuestas con preguntas cerradas, a los estudios que emplean instrumentos de medición estandarizados. Además se invita a seguir investigando y mejorar el conocimiento poniendo a disposición de otros investigadores todo el método y procedimientos.

DIFERENCIAS QUE POSEEN VARIOS ENFOQUES:

- 1.-Cualitativo: busca dispersión o expansión de los datos o información.
- 2.-Cuantitativo: pretende intencionalmente acortar la información.

3.2. -TIPOS DE INVESTIGACIÓN:

EXPLORATORIO:

El propósito de esta investigación es comenzar una comunidad, un contexto, un evento, una situación, una variable o un conjunto de variables. Se trata de una exploración inicial en un momento específico.

Por lo general se aplica a problemas de investigación nuevos y pocos conocidos, y constituye el preámbulo de otros diseños (no experimentales y experimentales. Son muy utilizados dentro del enfoque cualitativo para lo que a denominado "inmersión inicial de campo". (Hernández).

DESCRIPTIVO:

Este tipo de investigación se efectúa con la descripción de los fenómenos con base en el contacto directo o indirecto que se tiene con ellos (observaciones, experimentos, experiencias) la descripción de los hechos, como operación elemental que se hará con ellas se reduce a su numeración a cierta agrupación de sus correcciones con los conceptos científicos.

Los diseños transaccionales descriptivos tienen por objetividad indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables (cualitativo) o ubicar, categorizar y proporcionar una visión de una comunidad, un evento un contexto, fenómenos, en una variable o concepto y proporcionar su descripción.

A lo largo de la investigación el procedimiento que se está realizando es de una investigación tipo exploratoria y descriptiva.

EXPLORATORIA: por el hecho de que la investigación el primer paso que se realiza fue explorar lo que se iba a estudiar mas adelante tomando en cuenta que es el primer paso que se lleva a cabo. Y

DESCRIPTIVA: porque va describiendo el fenómeno que se presenta, primero se ubica en el lugar donde se desarrolla y posteriormente se comienza a medir a través de variables.

3.3. -DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Un diseño de investigación tiene dos objetivos principales (Kerlinger 1965).

1.-. Proporcionar respuestas para preguntas planteadas para la investigación.

2.-Controlar la varianza / aspectos técnicos que requieren una aplicación.

DISEÑO EXPERIMENTAL.

La finalidad primordial del diseño es permitir al investigador obtener respuestas para las preguntas suscitadas por la investigación. Así pues es menester que los resultados obtenidos mediante el diseño sea de una forma que permita tener interferencias claras sobre el motivo que provocó la realización. Los problemas que se resuelven mediante la investigación experimental se presentan siempre con la forma de hipótesis.

Una vez formulado el problema de la investigación en términos de hipótesis, el diseño proporcionara el modo en que se debe proceder para verificar si la hipótesis o las hipótesis se comprobaran o no cuando se someten a una prueba empírica.

Hay que diseñar el experimento de tal forma que los efectos de las variables independientes se pueden evaluar de manera equivocada.

Consecuentemente corresponde al investigador escoger un diseño experimental en el que el efecto de la variable independiente sea el más puro y el más fuerte posible.

Los efectos de las variables extrañas se han controlado, se minimizar los efectos de la variable aleatoria que constituyen el componente de error.

El término experimento tiene dos acepciones, un general y otra particular. La general se refiere a tomar una acción y después observar las consecuencias, (Babee, 2001).

La aceptación particular se refiere a un estudio en el que se manipula intencionalmente una o más variables, para analizar las consecuencias de la manipulación, tiene sobre una o más variables dependientes, dentro de una situación de control para el investigador.

DISEÑO NO EXPERIMENTAL.

Es aquella investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos.

En la investigación no experimental no es posible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los participantes o tratamientos. (Kerlingere, 2002). De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos de estudio. Los sujetos se observan en su ambiente natural.

En un estudio experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el

investigador. En este tipo de investigación las variables independientes ya han ocurrido y no es posible manipularlas; el investigador no tiene control directo sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

En su estudio experimental los sujetos ya pertenecían a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por auto selección. Así mismo es una investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre las variables se realizan sin intervención o influencia, y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural.

Es por ello que durante la presente investigación se realizará un diseño no experimental ya que el tema central nos habla de un hecho ya pasado que se analizara para poder encontrar una posible solución. Teniendo en cuenta que no se han de manipular las variables, ya que estas siempre existieron y nuestro objetivo es observar como ocurrió el fenómeno.

3.4.- UNIDADES DE ANÁLISIS.

Las unidades de análisis constituyen segmentos de el contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías (Kerlinger, 2002). Menciona cinco importantes unidades de análisis.

- La palabra: es la unidad mas simple,. Puede haber unidades de análisis más pequeñas como letras, fonemas símbolos. A si se puede medir cuantas veces aparece la palabra en el mensaje.

- El tema: se define a menudo como una oración, es decir, un enunciado respecto a algo. Los temas suelen ser mas o menos generales, (Kerlinger, 2002).

- El ítem: Es la unidad de análisis mas utilizada y puede definirse como la unidad total empleada por los productores del material simbólico (Berelson, 1971). En este caso lo que analiza es el material simbólico total.

- Medidas de espacio-tiempo: Son unidades físicas con el centímetro columna, línea, minuto, período de 20 minutos. Respecto de cómo se debe seleccionar a la unidad de análisis todo depende de los objetivos y las preguntas de investigación, pero sugiere el siguiente, (Berelson, 1971).

En un solo estudio es posible utilizar mas de una unidad de análisis.

1.- Los cálculos de palabras y las unidades amplias, como el ítem y las medidas de espacio tiempo, son mas adecuadas en los análisis que ponen énfasis en asuntos definidos.

2.- Las unidades amplias y las más definidas son validas para la aceptación o el rechazo de una categoría.

3.-Las unidades amplias generalmente requieren de menos tiempo para su codificación que las unidades pequeñas, referidas a las mismas categorías y materiales.

4.-Debido a que los temas o las oraciones agregan otra dimensión al asunto, la mayoría de las veces son más difíciles de analizar que las palabras y las unidades simples.

5.-El tema es adecuado para análisis de significados y las relaciones entre estos.

El análisis de contenido nos sirve para asignar a cada unidad a una o más categorías.

Los pasos a seguir para llevar a cabo el contenido de las unidades de análisis son los siguientes:

- a).-Definir con precisión del universo y extraer una muestra representativa.
- b).-Establecer y definir las unidades de análisis.
- c).-Establecer y definir las categorías y subcategorías que representen las variables de las investigación.
- d).-Seleccionar los codificadores.
- e).-Elaborar las hojas de codificación.
- f).-Proporcionar entrenamiento de codificaciones.
- g).-Calcular la confiabilidad de los codificadores.
- h).-Efectuar la codificación.
- i).-Vaciar los ciatos de las hojas de codificación y obtener totales para cada categoría.
- j).-Realizar los análisis estadísticos realizados.

La unidad de análisis de esta investigación o el ítem después de analizar la literatura se deduce que son las enfermeras y los pacientes que laboran en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud y en la presente investigación habrá dos unidades de análisis:

- 1.-Enfermeras.
- 2.-Pacientes.

3.5.-INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

La observación consiste en el registro sistemático válido y confiable de comportamiento o conducta manifiestos. Puede utilizarse un instrumento de medición en muy diversas circunstancias. El método más usado por quienes están orientados conductualmente (Haynes ,1978).

Como método para recolectar datos es muy similar al análisis de contenido. De hecho, es una forma de observación del contenido de comunicación verbal y no verbal.

Pasos para construir un sistema de observación son:

1.- Definir con precisión el universo de aspectos, eventos o conductas a observar.

2.-Extraer una muestra representativa de aspectos, eventos o conductas a observar.

3.-Establecer y definir las unidades de análisis.

4.-Establecer y definir las categorías y categorías de observación.

Y la observación también consiste en asignar unidades a categorías y subcategorías de observación.

1.-Distancia física.

a).-El acercarse (afiliación) numero 1.

b).-El alejarse (evitaron) número 0.

2.-Movimientos corporales que denotan tensión.

a).-Evitaron con valor de 0.

b). -Relajación con valor de 1.

3.-Conducta visual del objeto.

a).-Dirigida hacia el interlocutor (afiliación) con valor de 1.

b).-Dirigida hacia cualquier otra parte (evitación) con valor de 0.

4.-Conducta verbal.

a).-Frasas u oraciones completas (afiliación) con valor de 1.

b).- Frases dicotómicas y silencios (evitaron) con valor de 0.

Frasas dicotómicas incluyen respuestas monosilábicas (si, no) murmullos, sonidos guturales; los silencios que se interpretan como respuestas dicotomías (respuestas de evitaron) son los silencios no naturales del discurso, cuando expresamente el sujeto se queda en silencio

5.-Seleccionar a los observadores.

6.-Elegir el medio de observación.

7.-Elaborar las hojas de codificación.

8.-Proporcionar entrenamiento a codificaciones.

9.-Calcular la confiabilidad de los observadores.

10.-Llevar a cabo la codificación por observación.

11.-Vaciar los datos de las hojas de codificación y obtener totales para cada categoría.

12.-Realizar los análisis apropiados.

La observación puede ser participante o no participante, en la primera el observador interactúa con los sujetos observados, pero en la segunda no ocurre tal interacción.

Tanto la observación como el análisis de contenido tienen varias ventajas.

1.-Son técnicas de medición no obstructivas. En el sentido que el instrumento de medición no estimula el comportamiento de los sujetos.

2.-Aceptan material no estructurado.

3.-Pueden trabajar con grandes volúmenes de datos (material). Es por ello que después de analizar que pasos comprende, como se realiza, y las ventajas de la observación se utilizan dicho instrumento para medir las variables de esta investigación.

ENTREVISTA.

En la investigación de campo para la recopilación de información pueden utilizarse las entrevistas, los cuestionarios el muestreo entre otros.

La entrevista es una de las técnicas más usuales en ciencias sociales. Puede definirse como la relación que se establece entre el investigador y los sujetos de estudio. Puede ser individual o grupal, libre o dirigida. Objetivos de la entrevista:

- 1 -Obtener información sobre el objeto de estudio.
- 2.-Describir con objetividad situaciones o fenómenos.
- 3.-Interpretar hallazgos.
- 4.-Plantear soluciones.

Los pasos de la entrevista son: planeación ejecución, control y cierre. Planeación de la entrevista.

- a).-Elaborar la guía.
- b).-Definir de manera clara los propósitos de la misma.
- c).-Determinar los recursos humanos, tiempo y presupuesto necesarios.
- d).-Plantear las citas con los entrevistados, mostrando respeto por el tiempo del mismo.

Ejecución de la entrevista:

- 1.-Proporcionar durante esta un ambiente positivo.
- 2.-Presentarse y explicar los propósitos de la misma.
- 3.-Mostrar interés y saber escuchar.
- 4.-Actuar con naturalidad.
- 5.-No mostrar que tenemos el tiempo limitado.
- 6.-Hacer las preguntas sin una respuesta implícita.
- 7.-Emplear un tono de voz modulada.

8.-Ser franco.

9.-No extraer información del entrevistado sin su voluntad.

10.-Evitar aparecer autocrático.

Control de la entrevista.

a).-Verificar si todas las preguntas han tenido respuesta.

b).-Detectar contradicciones.

c).-Detectar mentiras, dándole a conocer lo que se conoce del hecho.

d).-evitar desviaciones del tema y oportunidades para distraer la tensión.

Cierre de la encuesta.

a). -concluirla entrevistado se canse.

b).- despedirse, dejando el camino abierto por si es necesario volver.

Si se requiere de una entrevista larga, programarla en secciones.

En la actualidad existe una amplia diversidad de pruebas desarrolladas por diversos investigadores para medir un gran número de variables. Estas pruebas tienen su propio procedimiento de aplicación, codificación e interpretación, y se encuentran disponibles en diversas fuentes secundarias y terciarias, así como en centros de investigación y difusión de conocimiento.

Hay pruebas para medir habilidades i actitudes (como habilidad verbal, razonamiento, memoria, inteligencia, percepción, habilidad numérica), la personalidad, los intereses, los valores, el desempeño, la motivación, el

aprendizaje, etc. También se pueden disponer de las pruebas clínicas para detectar conducta anormal pruebas para seleccionar al personal en fin muchas variables del comportamiento.

El problema en el uso de estas pruebas es que la mayoría han sido desarrolladas con textos muy diferentes al latinoamericano por lo que en ocasiones su utilización resulta inadecuada, inválida y poco confiable. Cuando se utilice como instrumento de medición una prueba estandarizada, es conveniente que se desarrolle una prueba desarrollada o adaptada por algún investigador para el mismo contexto de nuestro estudio, y que sea valida y confiable. En caso de que elijamos una prueba diseñada en otro contexto, será necesario adaptarla y aplicar pruebas piloto para calcular su validez y confiabilidad, así como ajustarla a las condiciones de nuestra investigación. El instrumento o la prueba deben demostrarse que son validos y confiables para el contexto en el cual se van a aplicar.

Existen otras formas de recolectar datos, como acudir a los archivos que contengan los datos que para nuestra investigación ayude. Asimismo se pueden utilizar datos recolectados por otros investigadores, lo que se conoce como análisis secundario.

En este caso tener la certeza de que los datos son validos y confiables, así como conocer la manera en que fueron codificados. El intercambio de estas es una práctica común entre investigadores. Además existen métodos propios de las diferentes ciencias sociales.

El instrumento a utilizar en esta investigación es el “cuestionario porque es un instrumento en el cual se recopilan datos que nos va a dar el resultado de la investigación. En el que debe estar muy bien estructurado para que el individuo que lo conteste le sea fácil e entendible.

3.6.-PROCEDIMIENTO.

Como ya se tiene lo que es el universo entonces se les aplicará el cuestionario que consta de 32 preguntas que se formuló con la asistencia, manejo y calidad, lo que contiene preguntas adecuadas para obtener unos resultados favorables.

3.6.1.-Selección de la muestra.

Para seleccionar una muestra lo primero que hay que hacer es definir la unidad de análisis, (persona, organizaciones, periódicos, comunidades, situaciones, eventos, etc.), el sobre qué o quiénes se van a recolectar datos depende del enfoque elegido. (Cuantitativo, cualitativo) del planteamiento del problema a investigar y los alcances del estudio, todo esto nos llevará al siguiente paso. “delimitar un problema”.

La muestra es un subgrupo de la población de interés (sobre el cual se habrán de recolectar datos y que se definen o limita de antemano o precisión y tiene que ser representativo de esta.

Como se delimita una población.

Población es un conjunto de todos los casos que concuerden con una serie de especificaciones.

Para un enfoque, establecer con claridad las características de la población, con la finalidad de delimitar cuales serán los parámetros maestres. La delimitación de las características de la población no solo depende de los objetivos del estudio, sino de otras razones prácticas. Un estudio no será mejor por tener una población grande, la calidad de un trabajo estriba en delimitar

claramente la población con base en los objetivos del estudio. Las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, de lugar y en tiempo.

Muestra probabilística: Todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos.

Muestra no probabilística: La elección de los elementos no dependerá de la probabilidad.

Elegir una muestra probabilística o una no probabilística depende de los objetivos estudio, del esquema de investigación y de la contribución que se piense hacer de ella.

Ventajas probabilísticas.

- 1.-Pueden medirse el tamaño de error en nuestras predicciones.
- 2.-Reduce el mínimo de error.

Las muestras probabilística son esenciales en los diseños de investigación transaccionales cuantitativos, donde se pretende hacer estimación de variables en la población, estas variables se miden con instrumentos de medición y se analizan con pruebas estadísticas para el análisis de datos.

Para una muestra probabilística necesitamos principalmente dos cosas.

- 1.-Determinar el tamaño de la muestra.
- 2.-Seleccionar los elementos muestrales.

Determinación del tamaño de la muestra.

Después de haber definido el universo o población de estudio, el siguiente paso consiste en determinar el tamaño de la muestra. Con frecuencia escuchamos referencias al tamaño de la muestra como un porcentaje del universo. Sin embargo, este criterio, en principio lógico y de sentido común es equivocado, la muestra para ser representativo no tiene que significar una determinada proporción del universo. El tamaño de una muestra no depende de manera proporcional el tamaño del universo, depende de otras condiciones.

Una muestra puede ser pequeña y representativa.

Para realizar un cálculo con confiabilidad hay diferentes procedimientos para realizarlos en esta investigación se utilizó la formula de Vid. Pandurang y. Sukhatme.

$$n = \frac{\frac{Z q}{e p}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{Z q}{e p} - 1 \right]}$$

N = Tamaño de la muestra =

N = Tamaño del universo = 50

P = Constante de probabilidad a favor = 0.5.

Q = Constante de probabilidad en contra = 0.5.

Z = Nivel de confianza = 98%.

E = Margen de error = 0.4

N= ?

$$n = \frac{\frac{(2.33)(0.5)}{(0.2)(0.5)}}{1 + \frac{1}{50} \left[\frac{(2.33)(0.5)}{(0.2)(0.5)} - 1 \right]}$$

$$n = \frac{(5.4289)(0.5)}{(0.04)(0.5)} = \frac{2.71445}{0.02} = 135.7225$$

$$n = \frac{135.7225}{1 + 0.02(134.7225)}$$

$$n = \frac{135.7225}{1 + 2.69445}$$

$$n = \frac{135.7225}{369445}$$

$$n = 36.7$$

$$n = 37$$

Para seleccionar la muestra se realizó una tómbola para así sacar 37 nombres en la lista de el universo, que son 50 personas y dar oportunidad a todo

el universo de ser seleccionado y poder sacar los números aleatorios los siguientes números resultaron seleccionados.

Para seleccionar los números aleatorios se escogió la tómbola procedimiento muy simple y no muy rápido, que consiste en enumerar todos los elementos maestres del 1 al 50, se hacen fichas, una por cada elemento, se revuelven en una caja, y se van sacando fichas, según del tamaño de la muestra.

Los números elegidos al azar formaran la muestra.

Números random o aleatorios.

El uso de números random no significa la selección azarosa o fortuita, sino la utilización de un cuadro de números que implica un mecanismo de probabilidad muy bien diseñado. Los números random de la corporación Rand fueron generados con una especie de ruleta electrónica. Existe un cuadro de un millón de dígitos publicados por esta corporación.

NÚMEROS ALEATORIOS.

7,29,38,33,36,44,23,10,50,48,32,18,42,3,15,6,8,27,26,11,2,25,13,40,6,
9,35,28,19,41,39,1, 13,22,14,30,29,2.

RECOLECCIÓN DE DATOS.

Una vez que se seleccionamos el diseño de investigación apropiada y la muestra adecuada, de acuerdo con nuestro enfoque elegido, problemas de estudio y la hipótesis, la siguiente etapa consiste en recolectar los datos pertinentes, sobre variables, sucesos, contextos, categorías, comunidades u objetos involucrados en la investigación.

Al recolectar datos se deben realizar tres actividades estrechamente vinculados:

1.-Seleccionar un instrumento o método de recolección de datos, este instrumento debe ser válido y confiable, de lo contrario no podemos basarnos en sus resultados.

2.-Aplicar ese instrumento o método para recolectar datos. Obtener observaciones, registros, o mediciones de variables sucesos.

Contextos, categorías u objetos que son de interés para nuestro estudio.

3.-preparar observaciones, registros y mediciones, obtenidas, para que se analicen correctamente.

Recolectar los datos medir, esto significa asignar números a objetos y eventos de acuerdo con reglas (Slevens, 2001).

Medición, es un proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos (Carmines y Sélter, 1998).

El instrumento de la medición o de la recolección de datos juega un papel central, sin ellas observaciones dosificadas. Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente.

En toda investigación cuantitativa se aplica un instrumento para medir las variables contenidas en la hipótesis. Esta medición es efectiva cuando el instrumento de recolección de datos en realidad representa a las variables que se

tiene en mente. Si no es así la medición es deficiente; por lo tanto la investigación no es digna de tomarse en cuenta. Desde luego hay medición perfecta.

REQUISITOS DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:

Todo instrumento de recolección de datos debe reunir dos requisitos esenciales:

1.-Confiability.

2.-Validez.

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produzcan resultados iguales. La validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir, la validez es un concepto del cual tenerse diferentes tipos de evidencia (Wiersna, 1999; Gronlund, 1990).

1.- Evidencia relacionada con el contenido.

2.-Evidencia relacionada con el criterio.

3.-Evidencia relacionada con el constructor.

CAPITULO IV

4.1.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.- En la pregunta.

- a). - No se contestó.
- b).- Contestó el 81%
- c).- Contestó el 20.3%
- d).- No se contestó
- e).- No se contestó

2.- En la pregunta 2.

- a).- No se contestó
- b).- Contestó el 5.4%
- c).- Contestó el 94.5%
- d).- No se contestó
- e).- No se contestó

3.- En la pregunta 3.

- a).- Contestó el 75.6%
- b).- Contestó el 20.3%
- c).- Contestó el 5.4%
- d).- No se contestó
- e).- No se contestó.

4.- En la pregunta 4.

- a).- Contestó el 27%
- b).- Contestó el 54%
- c).- Contestó el 203%
- d).- No se contestó
- e).- No se contestó

5.- En la pregunta 5.

- a).- Contestó el 81%
- b).- Contestó el 10.8%
- c).- Contestó el 8.15
- d).- No se contestó
- e).- No se contestó

6.- En la pregunta 6.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 91.8%
- e).-Contestó el 8.1%
- e).- No se contestó

7.- En la pregunta 7

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 78.3%
- e).- Contestó el 21.6%

8.- En la pregunta 8.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 54%
- e).- Contestó el 45.9%

9.- En la pregunta 9.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 29.7%
- e).- Contestó el 70.2)

10.- En la pregunta 10.

- a).- Contesto el 24.3%
- b).- Contestó el 75.6%
- c).- No se contestó
- d).- No se contestó
- e).- No se contestó.

11.- En la pregunta 11.

- a).- Contestó el 20.3%
- b).- Contestó el 54%
- c).- Contestó el 27%
- d).- No se contestó
- e).- No se contestó

12.- En la pregunta 12.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 14.5%
- e).- Contestó el 86%

13.- En la pregunta 13.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 40.5%
- e).- Contestó el 59.4%.

14.- En la pregunta 14.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 10.8%
- e).- Contestó el 89.1%

15.- En la pregunta 15.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 100%
- e).- No se contestó

16.- En la pregunta 16.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 20.3%
- e).- Contestó el 81%.

17.- En la pregunta 17.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 78.3%
- e).- Contestó el 21.6%

18.- En la pregunta 18.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó 48.6%
- e).- Contestó 51.3%

19.- En la pregunta 19.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 100%
- e).- No se contestó.

20.- En la pregunta 20.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 100%
- e).- No se contestó

21.- En la pregunta 21.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 100%
- e).- No se contestó

22.- En la pregunta 22.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 100%
- e).- No se contestó.

23.- En la pregunta 23.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 45.9%
- e).- Contestó el 5.4%

24.- En la pregunta 24.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 86.4%
- e).- Contestó el 14.5%

25.- En la pregunta 25.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 97.2%
- e).- Contestó el 2.7%.

26.- En la pregunta 26.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 94.5%
- e).- Contestó el 5.4%

27.- En la pregunta 27.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 83.75
- e).- Contestó el 17.4%

28.- En la pregunta 28.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 97.2%
- e).- Contestó el 2.7%

29.- En la pregunta 29.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 81%
- e).- Contestó el 45.9%

30.- En la pregunta 30.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 100%
- e).- No se contestó

31.- En la pregunta 31.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 70.2%
- e).- Contestó el 29.7%

32.- En la pregunta 32.

- a).- No se contestó
- b).- No se contestó
- c).- No se contestó
- d).- Contestó el 59.2%
- e).- Contestó el 40.5%.

4.2.- INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados del cuestionario efectuado que fue a base de preguntas resultaron favorables para la investigación ya que se vio la necesidad de que si hace falta un programa de asistencia en los pacientes con hipertensión arterial.

La pregunta 1 que dice: ¿Cómo considera usted que es la asistencia en pacientes con hipertensión arterial? El 20.3% contestó que malo y el 81% que regular, esto quiere decir que les hace falta una buena orientación para una adecuada asistencia.

La pregunta 2 que dice: ¿Cómo considera usted la práctica del equipo de salud en sala general en pacientes con hipertensión arterial? El 5.4% contestó que regular y el 94.5 que malo, esto da como resultado que no hay una buena atención

con los pacientes y que les hace falta una orientación para que tengan una atención adecuada.

La pregunta 3 que dice: ¿Cómo considera la práctica del equipo de salud en sala privada en pacientes con hipertensión arterial? El 20.3% contestó que bueno, el 75.6% que regular y el 5.4% que malo, esto da como resultado que les hace falta un poco tener más experiencia en tratar a estos pacientes.

La pregunta 4 que dice: ¿Cómo considera usted la práctica de enfermería con estudiantes de enfermería en pacientes con hipertensión arterial? El 27% contestó que es bueno, el 54% que es regular y el 20.3% que es malo, esto da como resultado que las estudiantes de enfermería tienen que poner más empeño en esta patología.

La pregunta 5 que dice: ¿Cómo considera usted la práctica de las enfermeras tituladas con estos pacientes? El 81% contestó que es bueno, el 10.8% contestó que es regular y el 8.1% que es malo, dando como resultado que ellas pueden tener buena práctica por el hecho de tienen un poco más de experiencia para tratar estos casos.

La pregunta 6 que dice: ¿Considera conveniente que una estudiante de enfermería de primer año participe en la asistencia de estos pacientes? El 91.8% contestó que si y el 8.1% contestó que no, dando como resultado que si sería conveniente que ellas participen en la asistencia de estos pacientes para que tengan un poco más de experiencia y den una mejor atención a esos pacientes.

La pregunta 7 que dice: ¿Usted a tenido problemas con cualquiera de los integrantes del equipo de salud sobre la asistencia con los pacientes de hipertensión arterial? El 78.3% contestó que si y el 21.6% contestó que no dando

como resultado que si tienen problemas debido a la mala asistencia que se les da a estos pacientes.

La pregunta 8 que dice: ¿La mayoría de las enfermeras saben que es la hipertensión arterial, su etiología y cuadro clínico que presentan? El 54% contestó que si y el 45.9% contestó que no, dando como resultado que debido a que no saben que es, su etiología y su cuadro clínico no dan una asistencia adecuada a estos pacientes.

La pregunta 9 que dice: ¿El equipo de salud conoce el procedimiento adecuado para la atención a pacientes con hipertensión arterial? El 29.7% contestó que si y el 70.2% contestó que no, dando resultado que no conocen el procedimiento para la asistencia a estos pacientes.

La pregunta 10 que dice: ¿Cómo considera que son las técnicas con los pacientes con hipertensión arterial? El 24.3% contestó que si y el 75.6% contestó que no, debido a que no se les da una orientación para utilizar técnicas con estos pacientes.

La pregunta 11 que dice: ¿Cómo crees son utilizados los medicamentos en los pacientes con hipertensión arterial? El 20.3% contestó que es bueno, el 54% contestó que es regular y el 27% contestó que es malo, esto da como resultado que la aplicación de medicamentos es regular ya que esto se les aplica de acuerdo a las indicaciones medicas pero que también deben tomar en cuenta los signos y síntomas para la aplicación de estos.

La pregunta 12 que dice: ¿El equipo de salud, especialmente las enfermeras están preparadas para cuando se presente una complicación en estos pacientes? El 14.5% contestó que si y el 86% contestó que no, dio como resultado que no están preparadas para una situación como esta.

La pregunta 13 que dice: ¿El personal de enfermería del hospital está capacitado para la asistencia en los pacientes con hipertensión arterial? El 40.5% contestó que si y el 59.4% contestó que no, esto quiere decir que las enfermeras no están capacitadas sino que ellas aprenden de lo que les enseñan las demás compañeras.

La pregunta 14 que dice. ¿El personal del hospital consulta algún programa para la asistencia en pacientes con hipertensión arterial? El 10.8% contestó que si y el 89.1% contestó que no, dando como resultado que no existe un programa para que tengan una asistencia adecuada los pacientes.

La pregunta 15 que dice: ¿El equipo de salud debe capacitarse sobre el manejo del paciente con hipertensión arterial? El 100% contestó que si y el 0% contestó que no, esto significa que les hace falta una capacitación para saber como llevar acabo un manejo adecuado con estos pacientes.

La pregunta 16 que dice: ¿Consulta información el equipo de salud sobre los pacientes con hipertensión arterial? El 20.3% contestó que si y el 81% contestó que no, dando como resultado que la mayoría no consulta información debido a que no hay un programa para consultar.

La pregunta 17 que dice: ¿El familiar es necesario para una rápida recuperación de los pacientes hipertensos? El 78.3% contestó que si y el 21.6% contestó que no, esto significa que si es necesario el familiar para la recuperación de estos pacientes ya que son de gran ayuda para el retorno de su vida normal.

La pregunta 18 que dice: ¿Actualmente el equipo de salud aplica un programa de calidad asistencial a los pacientes hipertensos? El 48.6% contestó que si y el 51.3% que no, dando como resultado que no se tiene ese programa de calidad en la asistencia a estos pacientes.

La pregunta 19 que dice: ¿Si se aplica un programa de calidad, cree que mejoraría la asistencia de enfermería? El 100% contestó que si y el 0% contestó que no, esto significa que es necesario un programa de calidad para que se tenga una buena asistencia.

La pregunta 20 que dice: ¿La calidad es un instrumento muy necesario en el hospital en los pacientes hipertensos? El 100% contestó que si y el 0% contestó que no, dando como resultado que si es necesaria la calidad para que no se cometan errores con los pacientes.

La pregunta 21 que dice: ¿Considera usted necesario un programa para la asistencia en pacientes hipertensos? El 100% contestó que si y el 0% contestó que no, esto significa si es necesario el programa para tener mejor asistencia con los pacientes.

La pregunta 22 que dice: ¿Considera que si se aplica un programa de calidad se mejorará la asistencia en pacientes hipertensos? El 100% contestó que si y el 0% contestó que no, la mayoría contestó que si debido a que ya van a saber como tratar esos casos.

La pregunta 23 que dice: ¿Cree usted que la asistencia se mejoraría a corto plazo en pacientes hipertensos? El 45.9% contestó que si y el 54% contestó que no, dando como resultado que no se mejoraría a corto plazo ya que sería muy ambiguo.

La pregunta 24 que dice: ¿Cree que la asistencia se mejoraría a largo plazo? El 86.4% contestó que si y el 14% contestó que no, esto da como resultado que si se aplicara un programa y alguna persona especializada los apoyara la asistencia si mejoraría a largo plazo.

La pregunta 25 que dice: ¿El equipo de salud debe proporcionar sobre el manejo de pacientes hipertensos a los familiares? El 97.2% contestó que si y el 2.7% contestó que no, dando como resultado que si se les debe informar el manejo a estos pacientes para tener más apoyo y nos puedan ayudar.

La pregunta 26 que dice: ¿Está usted de acuerdo que el equipo de salud influye con un tratamiento de calidad en los pacientes hipertensos? El 94.5% contestó que si y el 5.4% contestó que no, esto da como resultado que si influye mucho ya que si la enfermera da a la hora el tratamiento adecuado habrá una mejor recuperación.

La pregunta 27 que dice: ¿Considera importante un programa de medidas preventivas para las personas? El 100% contestó que si y el 0% que no esto da como resultado que si es importante las medidas preventivas para que las personas no tengan este problema.

La pregunta 28 que dice: ¿Cree usted conveniente que el paciente opte por estar en tratamiento? El 97.2% contestó que si y el 2.7% contestó que no, esto significa que todos los pacientes hipertensos deberían estar en tratamiento.

La pregunta 29 que dice: ¿El programa de salud asistencial cree usted que proporcione una mejor calidad de vida para los pacientes? El 81% contestó que si y el 45.9% contestó que no, dando como resultado que si sigue con las indicaciones que se les brinda si tendrán una mejor calidad de vida.

La pregunta 30 que dice: ¿El equipo de salud y los pacientes beneficiaron con un programa de calidad asistencial para ampliar sus conocimientos para este padecimiento? El 100% contestó que si y el 0% contestó que no, esto significa que

si saldrían beneficiados con el programa para tener mas conocimientos y dar una adecuada asistencia.

La pregunta 31 que dice: ¿El programa asistencial para el manejo en pacientes con hipertensión beneficia a todo el equipo de salud? El 70.2% contestó que si y el 29.7% contestó que no, esto nos dice que con este programa van a salir beneficiados todos las personas del equipo de salud.

La pregunta 32 que dice: ¿Cree usted que la enfermera se interesa por conocer el cuadro clínico sobre la hipertensión? El 40.5% contestó que si y el 59.2 contestó que no, esto da como resultado que no hay interés en la enfermera ya que nada más hace lo que indica el doctor.

ANEXOS

DE LAS SIGUIENTES CUESTIONES QUE A CONTINUACIÓN SE PRESENTAN LE VOY A PEDIR DE FAVOR QUE SUBRAYE LA QUE USTED CREA QUE ES LA CORRECTA.

1.- ¿Cómo considera usted que es la asistencia en pacientes con hipertensión arterial?

- a).- Bueno.
- b).- Regular.
- c).- Malo.
- d).- Si
- e).- No

2.- ¿Cómo considera usted la práctica del equipo de salud en sala general en pacientes con hipertensión arterial?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

3.- ¿Cómo considera la práctica del equipo de salud en sala privada en pacientes con hipertensión arterial?

- a).- Bueno.
- b).- Regular.
- c).- Malo.
- d).- Si.
- e).- No.

4.- ¿Cómo considera usted la práctica de enfermería con estudiantes para tratar a pacientes con hipertensión arterial?

- a).- Bueno.
- b).- Regular.
- c).- Malo.
- d).- Si
- e).- No

5.- ¿Cómo considera la práctica de las enfermeras tituladas en pacientes con hipertensión arterial?

- a).- Bueno.
- b).- Regular
- c).- Malo.
- d).- Si.
- e).- No

6.- ¿Considera usted conveniente que una estudiante de enfermería de primer año participe en la asistencia de los pacientes con hipertensión?

- a).- Bueno.
- b).- Regular.
- c).- Malo.
- d).- Si.
- e).- No

7.- ¿Usted a tenido problemas con cualquiera de los integrantes del equipo de salud sobre la asistencia de los pacientes hipertensos

- a).- Bueno.
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

8.- ¿La mayoría de las enfermeras saben el significado, etiología y cuadro clínico que presentan los pacientes hipertensos?

- a).- Bueno.
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

9.- ¿El equipo de salud conoce el procedimiento adecuado para la atención en pacientes con hipertensión?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

10.- ¿Cómo considera que son utilizadas las técnicas con los pacientes hipertensos?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

11.- ¿Cómo crees que son utilizados los medicamentos en los pacientes hipertensos?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

12.- ¿El equipo de salud especialmente enfermeras, están preparadas para cuando se presente una complicación en los pacientes hipertensos?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

13.- ¿El personal de enfermería del hospital está capacitado para la asistencia en pacientes hipertensos?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

14.- ¿El personal del hospital consulta algún programa para la asistencia en pacientes hipertensos?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

15.- ¿El equipo de salud debe capacitarse sobre el manejo de el paciente con hipertensión?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

16.- ¿Consulta alguna información el equipo de salud sobre hipertensión arterial?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

17.- ¿El familiar es necesario para una rápida recuperación para los pacientes hipertensos?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

18.- ¿Actualmente el equipo de salud aplica un programa de calidad asistencial a los pacientes con hipertensión?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

19.- ¿Si se aplica un programa de calidad, cree que mejoraría la asistencia de enfermería?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

20.- ¿La calidad es un instrumento muy necesario en el hospital en los pacientes hipertensos?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

21.- ¿Considera necesario un programa para la asistencia en pacientes con hipertensión arterial?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

22.- ¿Considera que si se aplica un programa de calidad se mejorará la asistencia en pacientes hipertensos?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

23.- ¿Cree usted que la asistencia se mejoraría a corto plazo en pacientes hipertensos?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

24.- ¿Cree usted que la asistencia se mejoraría a largo plazo en pacientes hipertensos?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

25.- ¿El equipo de salud debe proporcionar información sobre el manejo en los pacientes hipertensos?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

26.- ¿Esta usted de acuerdo que el equipo de salud influye en un tratamiento de calidad en los pacientes hipertensos?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Sí
- e).- No

27.- ¿Considera usted un programa de medidas preventivas para las personas?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

28.- ¿Cree conveniente que el paciente opte por estar en tratamiento?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Mal
- d).- Si
- e).- No

29.- ¿El programa de salud asistencial cree que proporcione para los pacientes una mejor calidad de vida?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

30.- ¿El equipo de salud y los pacientes se beneficiarán con un programa de calidad asistencial para ampliar sus conocimientos para este padecimiento?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

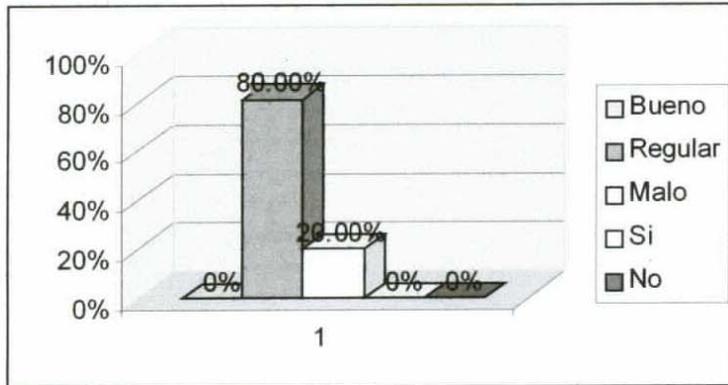
31.- ¿El programa asistencial para el manejo de pacientes con hipertensión beneficia a todo el equipo de salud?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

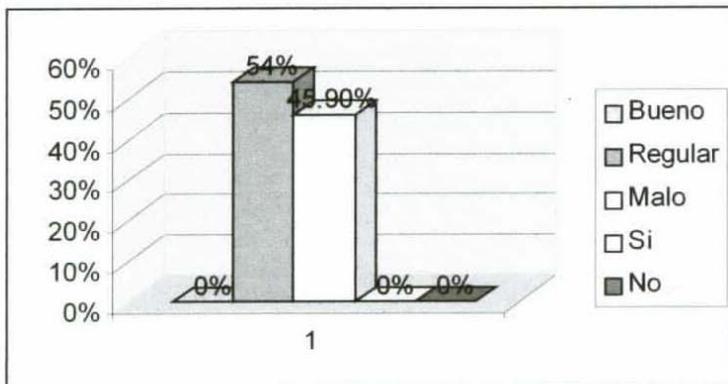
32.- ¿Cree que la enfermera se interesa por conocer el cuadro clínico de su paciente con hipertensión arterial?

- a).- Bueno
- b).- Regular
- c).- Malo
- d).- Si
- e).- No

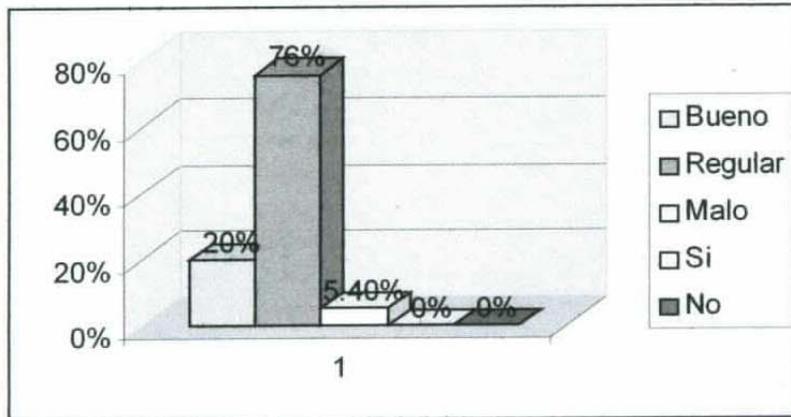
1.-¿Cómo considera usted que es la asistencia en pacientes con hipertensión arterial?



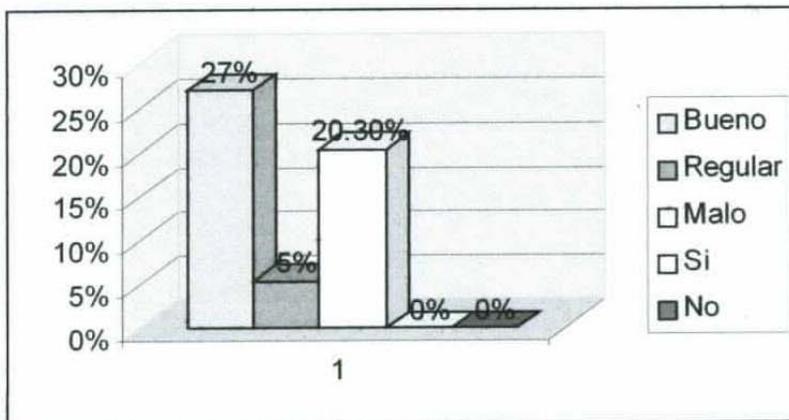
2.-¿Cómo considera usted la práctica del equipo de salud en sala general en pacientes con hipertensión arterial?



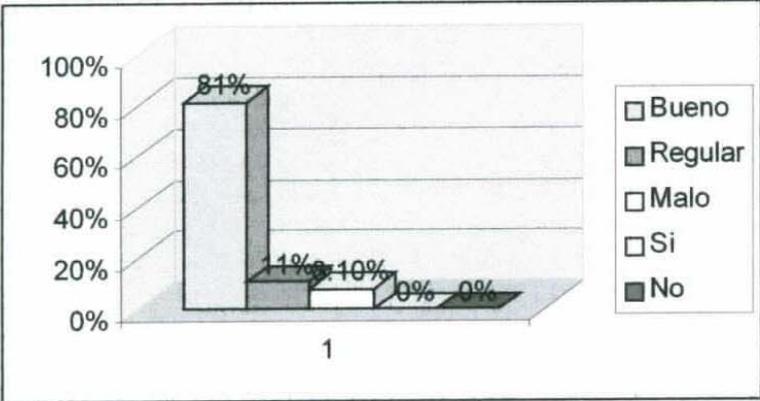
3.-¿Cómo considera la práctica del equipo de salud en sala privada e pacientes con hipertensión arterial?



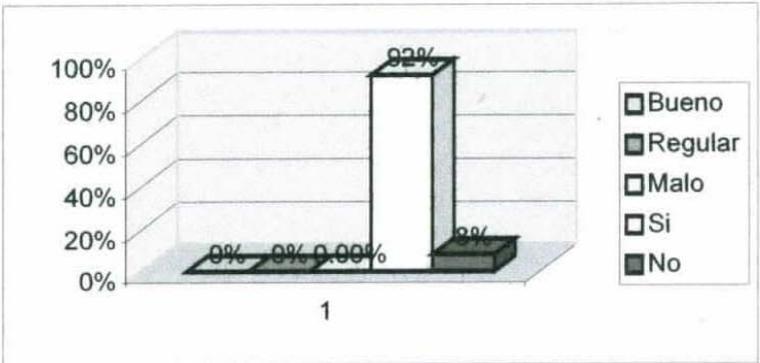
4.-¿Cómo considera usted la práctica de enfermería con estudiantes para tratar a pacientes con hipertensión arterial?



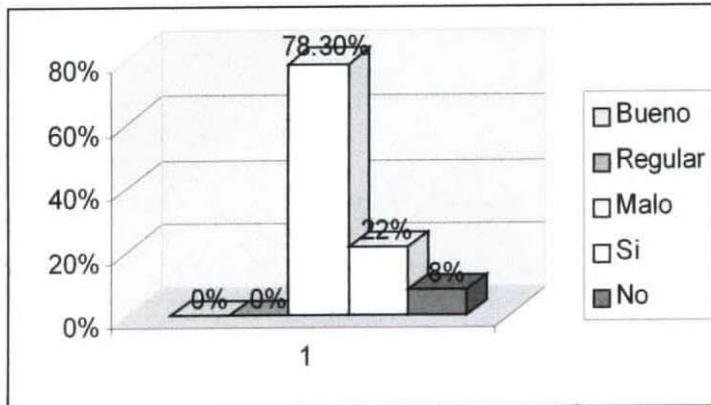
5.-¿Cómo considera la práctica de las enfermeras tituladas en pacientes con hipertensión arterial?



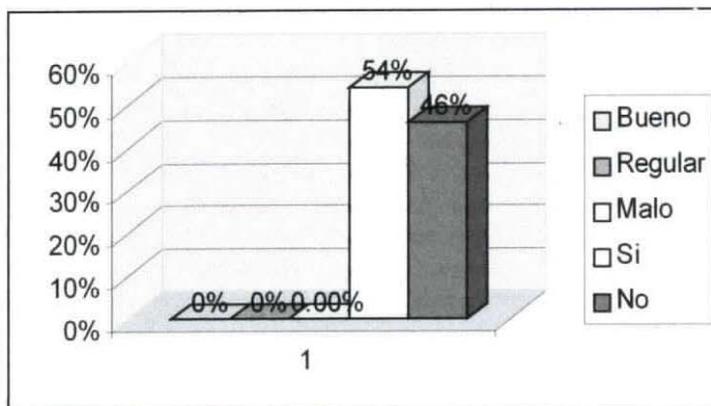
6.-¿Considera usted conveniente que una estudiante de enfermería de primer año participe en la asistencia de los pacientes con hipertensión?



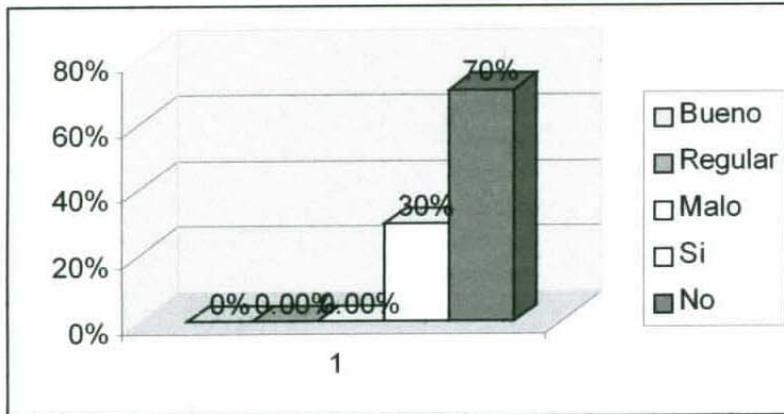
7.-¿Usted a tenido problemas con cualquiera de los integrantes del equipo de salud sobre la asistencia de los pacientes hipertensos?



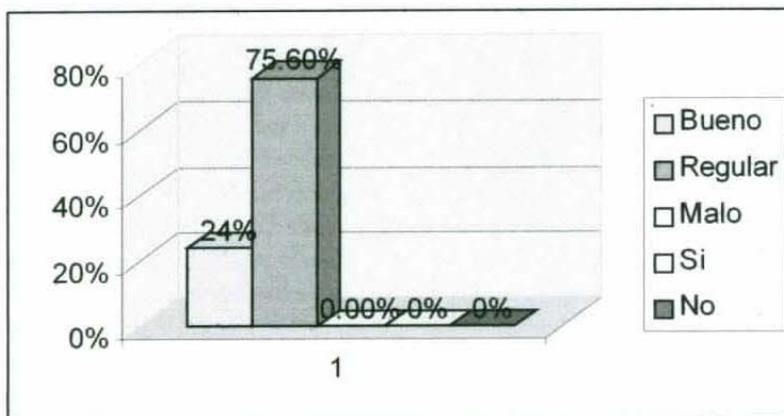
8.-¿La mayoría de las enfermeras saben el significado, etiología y cuadro clínico que presentan los pacientes hipertensos?



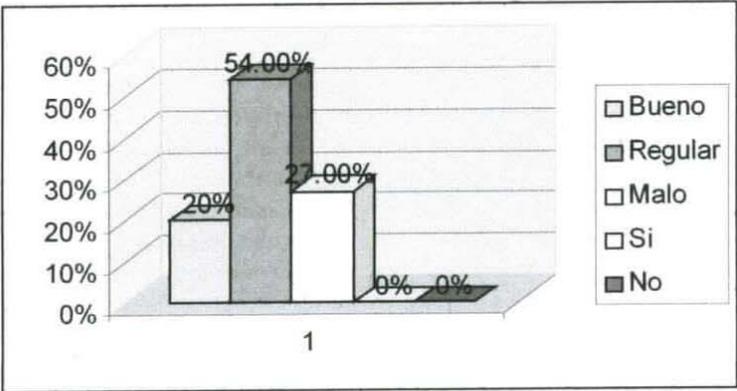
9.-¿El equipo de salud conoce el procedimiento adecuado para la atención en pacientes con hipertensión?



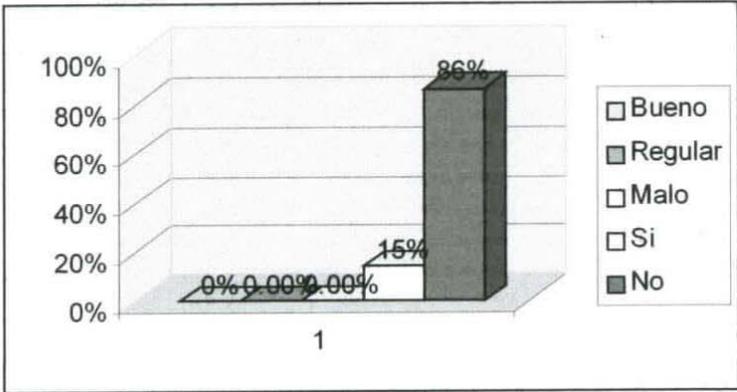
10.-¿Cómo considera que son utilizadas las técnicas con los pacientes hipertensos?



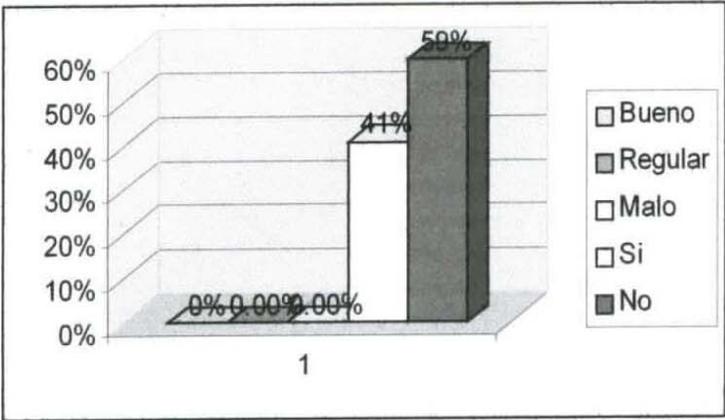
11.-¿Cómo crees que son utilizados los medicamentos en los pacientes hipertensos?



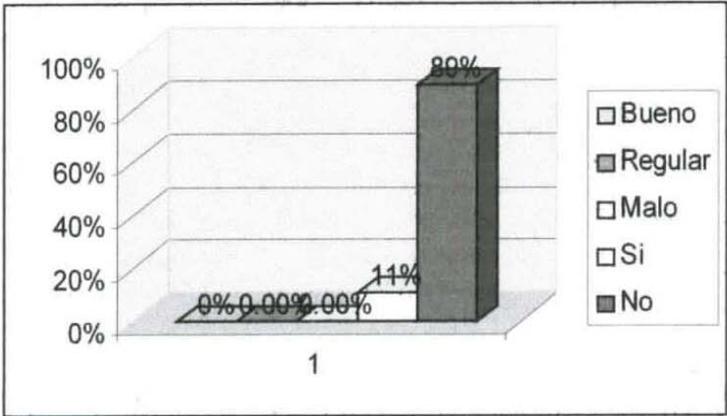
12.-¿El equipo de salud especialmente enfermeras, están preparadas para cuando se presente una complicación en los pacientes hipertensos?



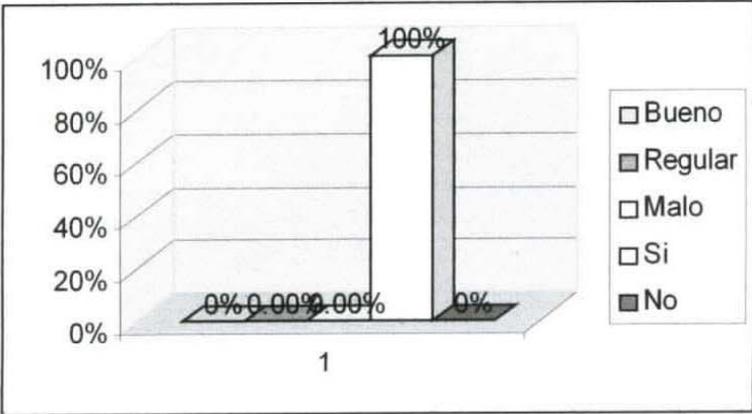
13.-¿El personal de enfermería del hospital está capacitado para la asistencia en pacientes hipertensos?



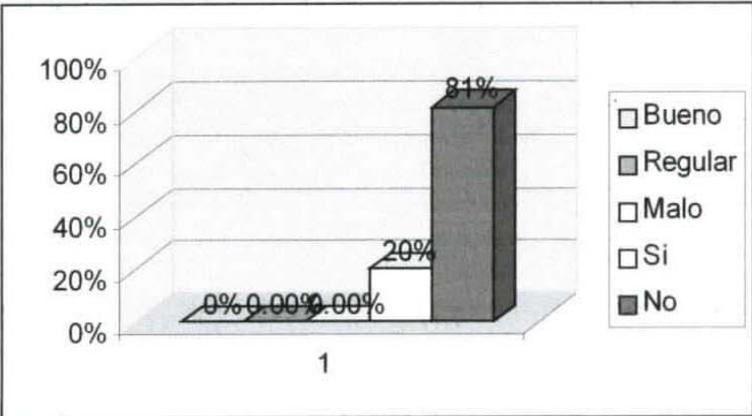
14.-¿El personal del hospital consulta algún programa para la asistencia en pacientes hipertensos?



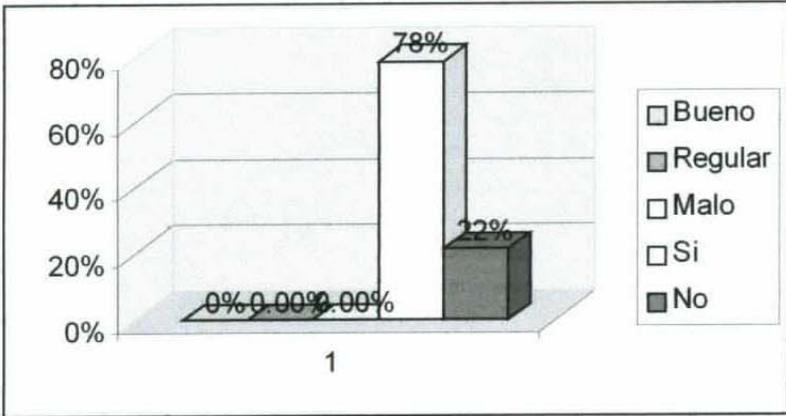
15.-¿El equipo de salud debe capacitarse sobre el manejo de el paciente con hipertensión?



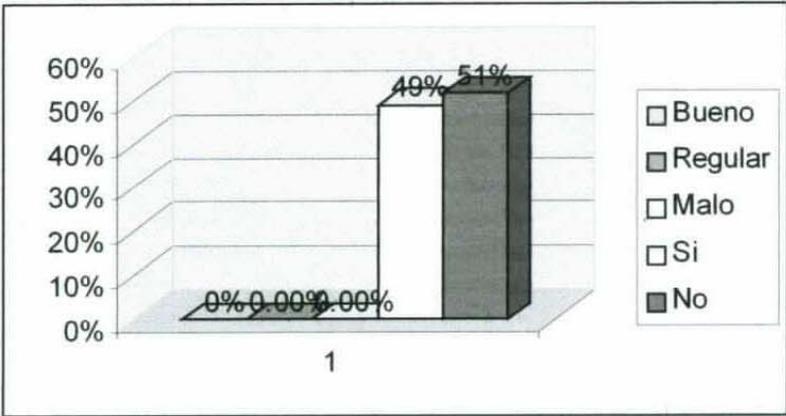
16.-¿Consulta alguna información el equipo de salud sobre hipertensión arterial?



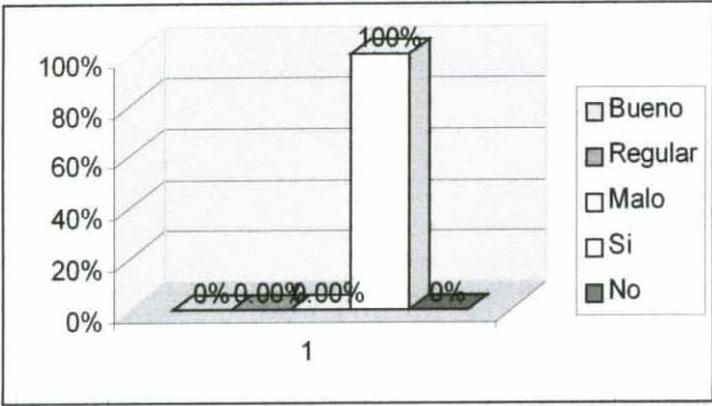
17.-¿El familiar es necesario para una rápida recuperación para los pacientes hipertensos?



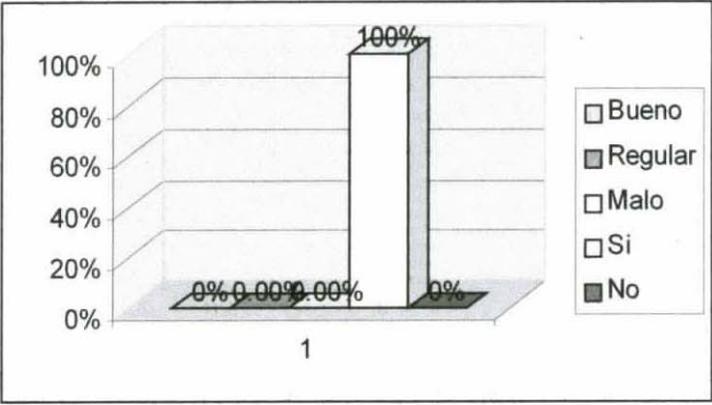
18.-¿Actualmente el equipo de salud aplica un programa de calidad asistencial a los pacientes con hipertensión?



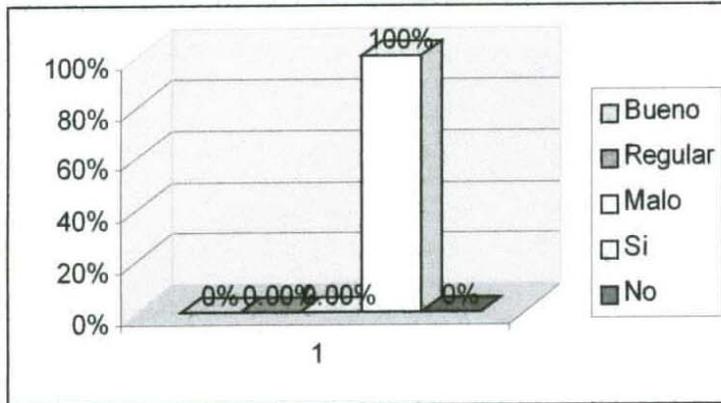
19.-¿Si se aplica un programa de calidad, cree que mejoraría la asistencia de enfermería?



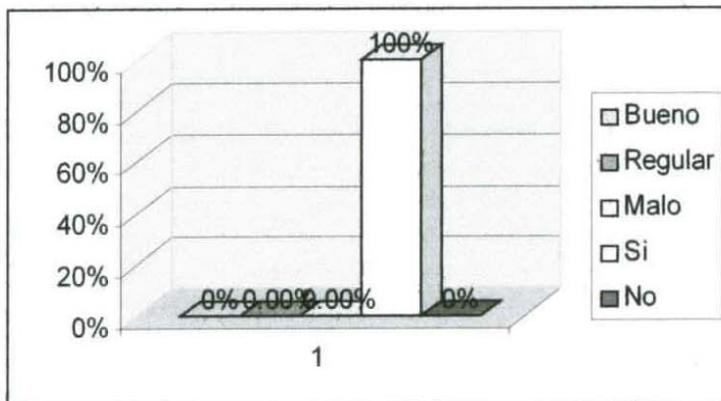
20.-¿La calidad es un instrumento muy necesario en el hospital en los pacientes hipertensos?



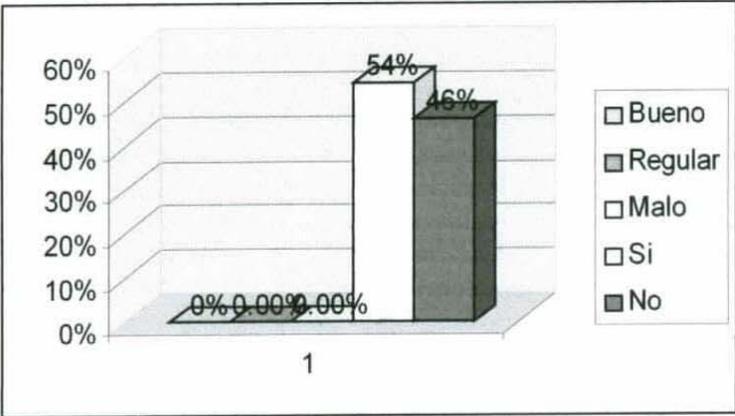
21.-¿Considera necesario un programa para la asistencia en pacientes con hipertensión arterial?



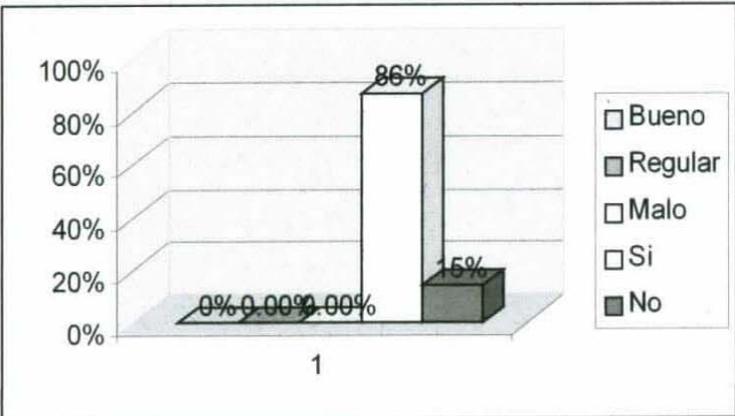
22.-¿Considera que si se aplica un programa de calidad se mejorará la asistencia en pacientes hipertensos?



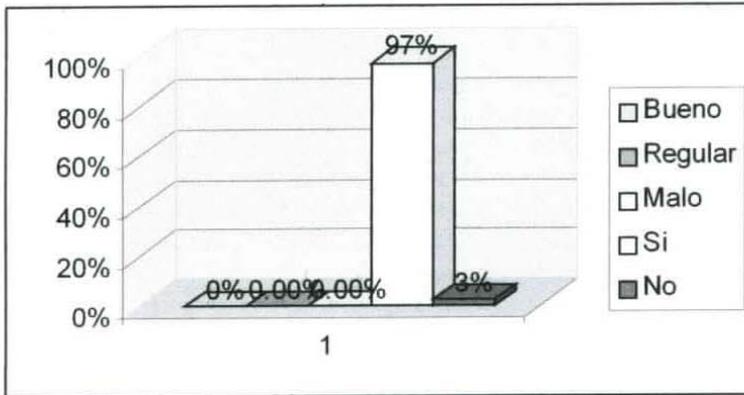
23.-¿Cree usted que la asistencia se mejoraría a corto plazo en pacientes hipertensos?



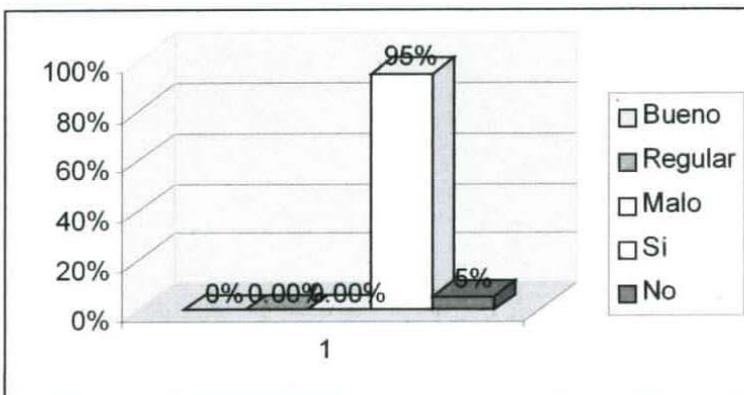
24.-¿Cree usted que la asistencia se mejoraría a largo plazo en pacientes hipertensos?



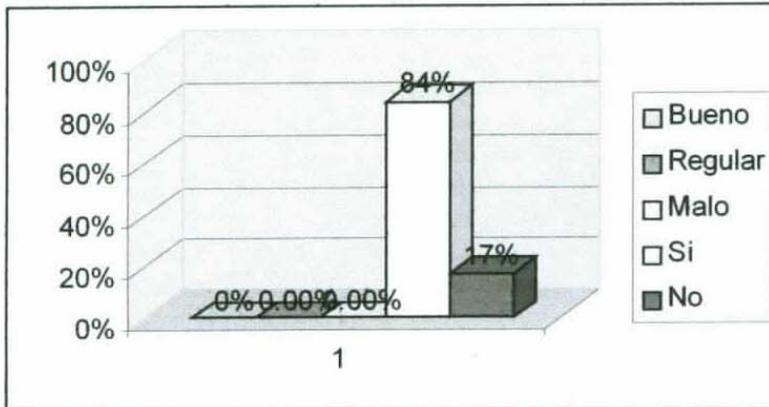
25.-¿El equipo de salud debe proporcionar información sobre el manejo en los pacientes hipertensos?



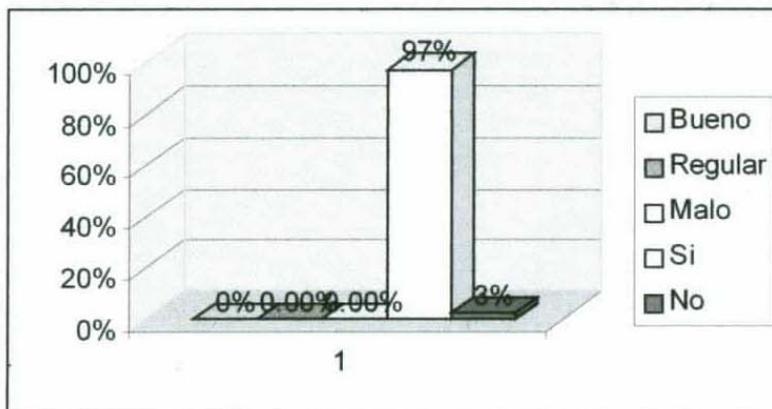
26.-¿Está usted de acuerdo que el equipo de salud influye en un tratamiento de calidad en los pacientes hipertensos?



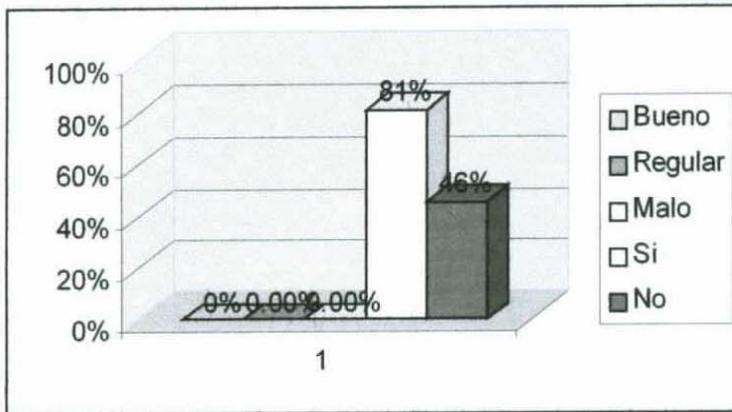
27.-¿Considera usted un programa de medidas preventivas para las personas?



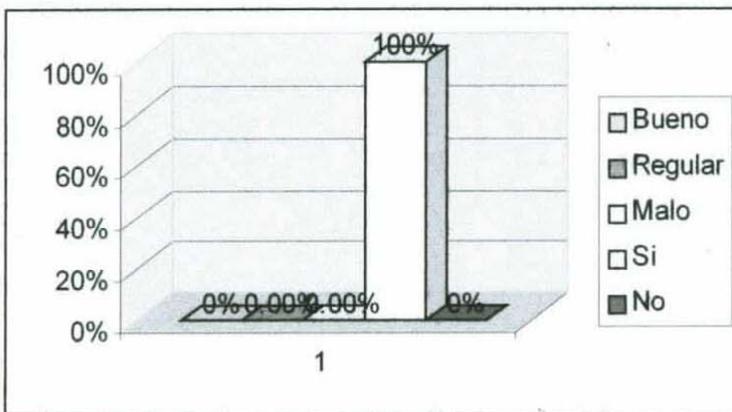
28.-¿Cree conveniente que el paciente opte por estar en tratamiento?



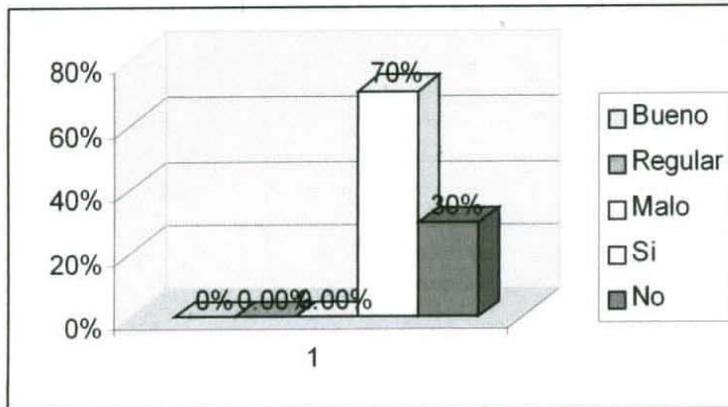
29.-¿El programa de salud asistencial cree que proporcione para los pacientes una mejor calidad de vida?



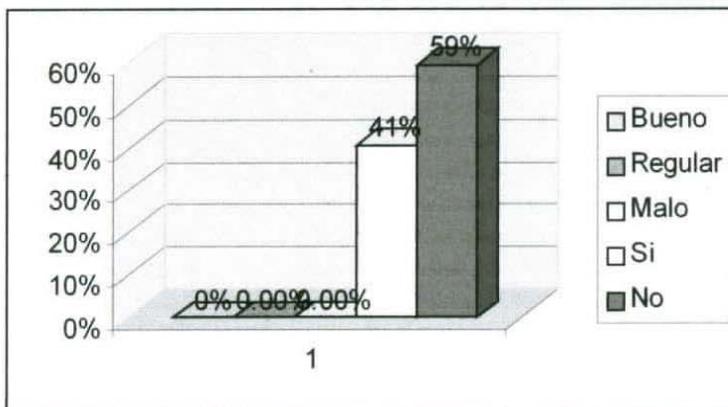
30.-¿El equipo de salud y los pacientes se beneficiarán con un programa de calidad asistencial para ampliar sus conocimientos para este padecimiento?



31.-¿El programa asistencial para el manejo de pacientes con hipertensión beneficia a todo el equipo de salud?



32.-¿Cree que la enfermera se interesa por conocer el cuadro clínico de su paciente con hipertensión arterial?



UNIVERSO DE TRABAJO.

ENFERMERAS

- 1.- Areola Quintero Brenda.
- 2.- Bastida Mandujano Yolanda.
- 3.- Cortes Martha Yeimi.
- 4.- Galindo Aguilar Ariadna.
- 5.- Gonzáles Bernal Angelina.
- 6.- González Bernal Graciela.
- 7.- Guzmán Zamudio Griselda
- 8.- Maciel Facio Silvia.
- 9.- Monroy Pérez Marisol.
- 10.- Montoya Cortes Verónica.
- 11.- Ocampo Verónica.
- 12.- Ojeda Verónica.
- 13.- Paniagua Corona Olivia.
- 14.- Pérez Boyzo Fidelia.
- 15.- Reyes Pérez Noelia.
- 16.- Rivera Pérez Fabiola.
- 17.- Rodrigues Juárez Ana Silvia.
- 18.- Sandoval García Guadalupe.
- 19.- Suárez Ruiz Gloria.
- 20.- Vázquez Anguiano Isabel.
- 21.- Solís Reyes Carmen.

PACIENTES.

- 1.- Ponce Ruiz Luís.
- 2.- Pérez García José.
- 3.- Bucio Esquibel Manuel.
- 4.- Cortés Durán Guadalupe.
- 5.- Herrera Lucas Bertoldo.
- 6.- Piñón Guerrero Isabel.
- 7.- Roque Cisneros Carmelo.
- 8.- Pío Rangel Eustorgio.
- 9.- Pérez Cornelio.
- 10.- Villa Villa Gustavo.
- 11.- Contreras Fasio Rubén.
- 12.- Rangel Madrigal Alfonso.
- 13.- Gordillo Mariscal Eugenio.
- 14.- Negrete Medina Elías.
- 15.- Martines Moreno Isaías.
- 16.- Medrano Gutiérrez Samuel.
- 17.- Fernández López Joaquín.
- 18.- Zavala Villa Rosario.
- 19.- Jiménez Maciel Roberto.
- 20.- Gordillo Álvarez Tito.
- 21.- Huerta Silva Dolores.
- 22.- Resendiz Escalante Petronila.
- 23.- Avalos Fonseca Julián.

- 24.- Zavala Velásquez Luciano.
- 25.- Trujillo Salazar Benigno.
- 26.- Rueda Márquez Alfonso.
- 27.- Sánchez Heredia David.
- 28.- Hinojosa Dante Manuel.
- 29.- Hernández Baca Rene

GUÍA DE OBSERVADOR:

Observador: Gisela Bucio Trujillo.

Lugar: Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Unidad de análisis: Enfermeras y pacientes del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Objetivo de la observación: Valorar la visión que tiene la enfermera y el Paciente de la Hipertensión Arterial.

BIBLIOGRAFÍA

HERNÁNDEZ SAMPIERI, ROBERTO.

Metodología de la investigación. México DF Mc Graw-Hill. Interamericana.

ROJAS SORIANO, RAUL Guía realizar investigaciones sociales. México DF 2001.
34° Edición. Plaza y Valdez.

ZORRILLA ARENA, SANTIAGO. Introducción a la metodología de la investigación.
Aguilar León y editores cal. México DF 1996.

DIETERICH, HEINZ. Nueva guía para la investigación Científica. México 2002.
Edición Ariel. JOSE RABACO. Manual de obstetricia México DF 1969. Editorial
Eclal, S.A.