



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA, CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO
CRITICAMENTE ENFERMO**

Actitud asumida por el profesional de Enfermería y el cuidado humanizado al paciente politraumatizado

Autora: Lcda. Janethly Suárez.

Tutor: MgSc. Luis Rodríguez

Valencia, Junio de 2018



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**MAESTRIA EN ENFERMERIA, CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO
CRITICAMENTE ENFERMO**

Actitud asumida por el profesional de Enfermería y el cuidado humanizado al paciente politraumatizado

Autora: Lcda. Janethly Suárez.

Trabajo de Grado presentado ante la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, para optar al título de Magister en Enfermería, Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo.

Valencia, Junio de 2018



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Grado titulado:

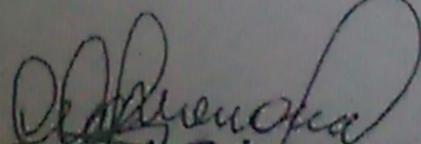
ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO HUMANIZADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

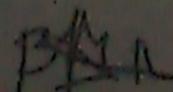
Presentado para optar al grado de **Magíster en Enfermería en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo**, por el (la) aspirante:

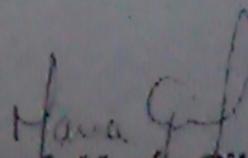
SUAREZ T., JANETHLY J
C.I. V- 20731398

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Luis Rodríguez C.I. 12753981, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **06/06/2018**


Prof. Consuelo Colmenares (Pdte)
C.I. 2598745
Fecha: 06-06-2018


Prof. Berta Gueyara
C.I. 7058767
Fecha: 06-6-2018


Prof. María Gil
C.I. 1871683
Fecha: 06/06/2018

TC: 09-18



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**MAESTRIA EN ENFERMERIA, CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO
CRITICAMENTE ENFERMO**

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Yo, Luis Rodríguez, en mi carácter de Tutor de la presente investigación, hago constar que he leído el Proyecto del Trabajo de Grado presentado por la Lcda. Janethly Suárez, titular de la Cedula de Identidad N° 20.731.398, para optar al Título de Magister en Enfermería Cuidado Integral Al Adulto Críticamente Enfermo, correspondiente a la Línea de Investigación “Cuidados de Enfermería a Pacientes Politraumatizados y Fallas Multiorganicas”, cuyo título tentativo es: Actitud Asumida Por El Profesional de Enfermería y El Cuidado Humanizado Al Paciente Politraumatizado. Considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Valencia a los 26 días del mes de Marzo del año 2.018

MgSc. Luis Rodríguez.

C.I. 12.753.981.

DEDICATORIA

A Dios, por llevarme de su mano.

A mi madre, por ser su sonrisa la que ilumina mis días.

A mis hermanas, una estrella fugaz en el universo y otra orgullo e inspiración de mi vida.

A mis hermanos, que son la luz ante la oscuridad.

A mi sobrina, viva representación de vitalidad y energía.

A mis abuelos, dos que me cuidan desde el cielo y dos en el espacio terrenal;

Una Rosita maravillosa.

A mi padre, por ser la luz de mis ojos.

A mi tía, otra Rosita que Dios me dio como fuente de inspiración.

A la estrellita que brilla en el cielo y cuida de mi. (Jorge)

A mi familia, porque todos los caminos conducen a ti.

Janethly J. Suárez T.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haber permitido una vez más la culminación exitosa de una meta propuesta.

A mi madre, Lilia Janeth Tascón por ser un pilar fundamental en mi vida, mi mejor amiga y por ende mi consejera, que con amor y apoyo incondicional logro hacer de mi, lo que hoy soy. Eternamente agradecida Mimi, te amo con todo mi corazón.

A mi hermana, Beib Ambar Sangrona, por ser una pieza esencial, en este maravilloso mundo y en mi vida. Por compartir nuestras experiencias y aprender una de la otra. Te amo hermana.

A mi hermano, Erick Tascón, dicen que los hermanos son como los dedos de la mano de una madre, todos diferentes y así somos nosotros. Diferimos en muchos aspectos pero nos une el amor y apoyo incondicional. Te amo hermano.

A mi sobrina, Coral Esmeralda Garcia, el mejor regalo que me dio mi hermana, eres tú, la beba de mis ojos. Te amo inmenso.

A mi padre, José Juan Suárez, por siempre ser mi apoyo incondicional, te amo papi.

A mi nona, Rosa Duque, por sus bendiciones infinitas llenas de amor.

A mi tía, Rosa Mariela Suárez, por brindarme tanto cariño y amor, por enseñarme y orientarme en cada momento.

A mi madre académica, Berta Guevara, por sus consejos y bendiciones llenas de cariño, la quiero y admiro.

A mi tutor Luis Rodríguez, quien siempre tuvo la palabra acertada en el preciso momento y orientarme en esta maravillosa experiencia.

A mis compañeras de maestría, que desde el primer momento fuimos un equipo solidario, compañero y responsable.

A mis colegas, por participar en esta investigación y contribuir con el mismo.

A Maria Alfonso, excelente ser, lleno de paciencia, cariño e información para cumplir con los objetivos propuestos en cada cuatrimestre.

A todas las personas que de una u otra manera fueron pieza notable en la culminación exitosa de un peldaño de mi vida. Y contribuir con mi crecimiento personal y profesional.

Lcda. Janethly Jeniree Suárez Tascón.

INDICE GENERAL

	Pág.
APROBACIÓN DE TUTOR.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
INDICE GENERAL.....	VII
INDICE DE TABLAS.....	X
INDICE DE GRAFICOS.....	XI
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULOS	
I EL PROBLEMA	
1. Planteamiento del Problema.....	4
2. Objetivos de la Investigación.....	8
2.1. Objetivo General.....	8
2.2. Objetivos específicos.....	9
3. Justificación de la Investigación.....	9
II MARCO TEÓRICO	
1. Antecedentes de la Investigación.....	12
2. Bases teóricas.....	16
3. Definición de términos.....	31
4. Sistema de Hipótesis.....	32
4.1. Hipótesis General.....	32
4.2. Hipótesis Especificas.....	32
5. Sistema de Variable.....	33
6. Operacionalización de la variable.....	34

III MARCO METODOLÓGICO

1. Diseño de la investigación.....	39
2. Tipo de la Investigación.....	39
3. Población.....	40
4. Muestra.....	41
5. Instrumento de Recolección de los Datos.....	41
5.1 Validez del Instrumento.....	42
5.2 Confiabilidad del Instrumento.....	42
6. Procedimiento de Recolección de los Datos.....	43
7. Técnica y Análisis de los Datos.....	43

IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Presentación de los resultados.....	44
2. Análisis de la información.....	45
3. Interpretación de los resultados.....	65
3.1. Características sociodemográficas.....	65
3.2. Hipótesis específica nro.1.....	66
3.3. Hipótesis específica nro.2.....	67
3.4. Hipótesis específica nro. 3.....	68
3.5. Hipótesis específica nro.4.....	69
3.6. Hipótesis general.....	69
4. Discusión de los resultados.....	70

V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 73

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 76

ANEXOS

a) Instrumento.....	83
b) Instrumento.....	89
c) Confiabilidad del Instrumento.....	92

d) Confiabilidad del Instrumento.....	93
e) Consentimiento Informado.....	94

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución del profesional de Enfermería según edad.	46
Tabla 2. Distribución del profesional de Enfermería según sexo.	47
Tabla 3. Distribución del profesional de Enfermería según nivel académico	48
Tabla. 4. Distribución del profesional de Enfermería según antigüedad en el servicio.	49
Tabla 5 Distribución del profesional de Enfermería según turno de jornada laboral.	50
Tabla 6. Relación entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería en su factor componente afectivo con el cuidado humanizado referido al factor intervención terapéutica.	51
Tabla 7. Relación entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería en su factor componente afectivo con el cuidado humanizado referido al factor relación interpersonal.	54
Tabla 8. Relación entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería en su factor componente conductual con el cuidado humanizado referido al factor intervención terapéutica.	57
Tabla 9. Relación entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería en su factor componente conductual con el cuidado humanizado referido al factor relación interpersonal.	60
Tabla 10. Relación entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería con el cuidado humanizado al paciente politraumatizado.	63

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 1. Distribución del profesional de Enfermería según edad.	47
Grafico 2. Distribución del profesional de Enfermería según sexo.	48
Grafico 3. Distribución del profesional de Enfermería según nivel académico	49
Grafico 4. Distribución del profesional de Enfermería según antigüedad en el servicio.	50
Grafico 5 Distribución del profesional de Enfermería según turno de jornada laboral.	51
Grafico 6. Relación entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería en su factor componente afectivo con el cuidado humanizado referido al factor intervenció terapéutica.	53
Grafico 7. Relación entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería en su factor componente afectivo con el cuidado humanizado referido al factor relació interpersonal.	56
Grafico 8. Relación entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería en su factor componente conductual con el cuidado humanizado referido al factor intervenció terapéutica.	59
Grafico 9. Relación entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería en su factor componente conductual con el cuidado humanizado referido al factor relació interpersonal.	62
Grafico 10. Relación entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería con e cuidado humanizado al paciente politraumatizado.	65



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA, CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO
CRITICAMENTE ENFERMO



Actitud asumida por el profesional de Enfermería y el cuidado humanizado al paciente politraumatizado

Autor: Lcda. Janethly Suárez.

Tutor: MgSc. Luis Rodríguez.

Fecha: Abril 2.018.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la actitud asumida por el profesional de enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente Afectivo y Conductual; y el cuidado humanizado referente a las dimensiones: Intervención Terapéutica y Relación Interpersonal en un centro de salud del Municipio San Diego-Edo. Carabobo. Estudio de diseño no experimental, corte transversal de tipo correlacional, de campo y descriptivo. La población de sesenta (60) profesionales de Enfermería. La muestra estuvo conformada por treinta (30) profesionales de Enfermería seleccionados por muestreo no probabilístico intencionado. La información se obtuvo mediante una Escala de Likert y una Escala de Observación. La confiabilidad, se realizó mediante la aplicación del análisis estadístico arrojando una confiabilidad (Alpha de Cronbach) de 0,898 para la variable actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado y para la variable de cuidado humanizado al paciente politraumatizado se le realizó el análisis estadístico arrojando una confiabilidad (KR20) de 0,925. Los datos se analizaron mediante la aplicación del coeficiente de correlación de Pearson, los resultados obtenidos fueron: El 30% de la muestra con una edad entre 32 y 37 años, 90% del sexo femenino, 83,3% licenciados (as) en Enfermería, un 50% con una antigüedad en el servicio de trauma shock de 1-3 años y 53,3% del turno nocturno (7/7). Se confirmó la hipótesis referidas a si la actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado guarda relación estadísticamente significativa con el cuidado humanizado que este ofrece al paciente politraumatizado.

Descriptor: Actitud, cuidado humanizado, intervención terapéutica.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA, CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO
CRITICAMENTE ENFERMO



**Attitude assumed by the nursing professional and humanized care
 for the trauma patient**

Author: Lcda. Janethly Suárez.

Tutor: MgSc. Luis Rodríguez

Date: April 2, 018.

ABSTRACT

The current research had as a purpose to determine the relationship between the attitude assumed by the professional of nursing with the politraumatized patient referred to Affective conductual component and the humanized care in reference to the dimensions: therapeutic intervention and interpersonal relationship in a health center from san diego municipality , Carabobo state. Non Experimental design study , cross section of the correlation type field and descriptive. The population of sixty (60) professionals of nursing . The sample was shaped by thirty (30) professionals of nursing chosen by non-intentional probabilistic sampling. The information was gotten through a Likert Scale and an Observation Scale. The confiability was made through the application of the statistical analysis throwing a reliability (Alpha de Cronbach) of 0,898 for the variable assumed by the professional of nursing with the politraumatized patient and for the humanized care variable the politarumatized patient was made the statistical analysis throwing a reliability (KR20)de 0,925. The data was analized by applying the pearson coefficient , the obtained results were 30% of the sampling with an age between 32 and 37 years old ,90% female ,83,3% graduates in nursing a 50% with an antiquity in the service of trauma shock of 1-3 years an 53,3% from night shift (7/7). It was confirmed that the hypothesis referring to the attitude assumed by the nursing professional with the polytraumatized patient has a statistically significant relationship with the humanized care that this offers to the polytraumatized patient.

Descriptors : attitude , Humanized care , Therapeutical intervention

INTRODUCCIÓN

El profesional de Enfermería es un ser humano formado en una serie de valores y conocimientos que permiten desempeñar sus funciones con criterios establecidos; debe ser sensible a las necesidades humanas y tener conciencia de su responsabilidad al contribuir al bienestar del individuo, según Guillen, R y Compton, C., (2.016) refieren que:

“El ser de la enfermería: Disciplina, profesión y practica social cuyo fin es el cuidado de la salud; el saber de la enfermería: conocimientos acerca de la salud-enfermedad, la persona, el entorno y el cuidado. El hacer de la enfermería: trabajo con seres humanos con una base ética y bioética donde sus miembros son capaces de compartir creencias fundamentales en relación a su razón de ser” (P.5).

En consecuencia, el cuidado esta vinculado directamente con el ejercicio del profesional de Enfermería, dado que ha sido distinguido como la esencia de tan hermosa labor y se expresa en la actividad cotidiana del enfermero (a).

Los centros hospitalarios son instituciones de salud dedicadas a salvaguardar la vida de las personas, según su complejidad los hospitales cuentan con áreas especiales y de alta tecnología como Terapia Intensiva y Trauma Shock que son unidades complejas por el tipo de pacientes que ingresan en ellas; en este sentido en la unidad de trauma shock ingresan pacientes críticamente enfermos entre los cuales destaca el paciente politraumatizado, donde se ejecutan acciones prioritarias como la rápida y correcta valoración de constantes vitales, neurológica, cardio-respiratorio, entre otros, para fomentar la estabilidad hemodinámica y confort general dado que es un factor predeterminante en la supervivencia y disminución de secuelas en el paciente, donde el profesional de Enfermería debe brindar una atención especializada, holística con alto nivel de sensibilidad y empatía.

Los accidentes de tránsito se incluyen dentro de las primeras causas de morbimortalidad, en Venezuela, según Anuario el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2012) reporta que entre las 25 primeras causas de muerte, los accidentes de todo tipo ocupan el sexto lugar, con 9.861 muertes que representan un 6.69% diferenciados de la siguiente manera: accidentes de tráfico de vehículos de motor 6.948, representando un 4.72% y otros accidentes 2.913 representando un 1.98% (MPPS, 2012, pág. 16). Así mismo; este anuario reporta en Carabobo los accidentes de tráfico de vehículo de motor ocupan el sexto lugar con 420 sexo masculino y 98 sexo femenino que representan un 5.8% (pág. 357). Según el sistema de información epidemiológica nacional (SIEN) para el año 2000 los accidentes de tránsito terrestre tenían un porcentaje significativo ocupando el cuarto lugar de las veinticinco causas de morbimortalidad a nivel nacional; por su parte las estadísticas a nivel regional reportadas por defensa civil Carabobo central Valencia para el año 2012 se registraron un alto índice de accidentes de tránsito, sin embargo desde ese año no se publican cifras actualizadas. Estos accidentes en muchos casos ameritaron atención hospitalaria producto de los impactos causados que sufren los ocupantes ameritando el traslado al área hospitalaria y en ocasiones a las Unidades de Trauma Shock y Terapia Intensiva.

La alta tasa de mortalidad, superior a 28 por cada 100 mil habitantes, convierte a los accidentes de tránsito en un problema de salud pública, que deja por lo menos 8 mil muertes cada año sobre las vías del país.

El presente trabajo de investigación se desarrollara en la Ciudad de Valencia del Estado Carabobo, y busca establecer la relación que existe entre la actitud asumida por el profesional de enfermería con el paciente y el cuidado humanizado al paciente politraumatizado. Este trabajo

se enmarca dentro de la línea de investigación: Cuidados de enfermería a pacientes politraumatizados graves y falla multiorgánica, correspondiente al área de la Maestría en Enfermería mención Cuidado integral al adulto críticamente enfermo.

El objetivo general estará dirigido a determinar la relación que existe entre la actitud asumida por el profesional de enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente afectivo y Conductual; y el cuidado humanizado referente a las dimensiones: Intervención terapéutica y Relación Interpersonal.

En este orden de ideas, la investigación está estructurada de la siguiente manera: **Capítulo I:** El problema, comprende el planteamiento del problema, el objetivo general y los específicos, así como la justificación del estudio; **Capítulo II:** corresponde el marco teórico referencial conformado por los antecedentes relacionados con la investigación y las bases teóricas, así mismo comprende el sistemas de hipótesis, sistemas de variables, la operacionalización de las mismas y la definición de términos básicos; en cuanto al **Capítulo III:** corresponde al marco metodológico de la investigación, el cual se centra en el diseño de investigación, la población, la muestra, el instrumento de recolección de datos, la recolección de los mismos y la técnica de análisis estadístico, en cuanto a el **Capítulo IV:** comprende la presentación de los resultados, el análisis y la interpretación de la información; **Capítulo V:** concierne a las conclusiones y recomendaciones y por último se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

El presente capítulo está constituido por el planteamiento del problema, los objetivos general y específicos y la justificación de la investigación.

1.- Planteamiento del problema:

Según la OMS y el IRTAD (2.015) “Cada año en el mundo mueren alrededor de un millón 300 mil personas y entre 40 y 50 millones resultan heridas en accidentes de tránsito”. En concordancia Maracara, L. (2.012) refiere “En 15 años, desde 1994 la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito pasó de 22,33 por cada 100 mil habitantes a 28,0. En 1994 fallecieron, por causa de choque, 4.773 personas, aumentando a 7.714 al cierre de 2008”.

Según OPS (2.003) muestran que Estados Unidos, Brasil, México, Colombia y Venezuela son las cinco naciones con el mayor número de muertes relacionadas con el tránsito automotor. Según cifras disponibles, las muertes fueron, por 100.000 habitantes: Estados Unidos 45.833, Brasil 34.098, México 14.737, Colombia 7.523, y Venezuela 4.935 (para los años 1998-2000); Mayorca, I. (2011) describe que la directora del Departamento de Demografía del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello, refiere que Venezuela ocupa el quinto lugar mundial en cuanto a tasa de mortalidad consecuencia de accidentes de tránsito. Venezuela tiene una tasa de mortalidad por accidentes de tránsito de 21,3 por cada 100.000 habitantes. En el segmento de población juvenil, cuyas edades van desde los 19 hasta los 25 años, Venezuela figura en el lugar número 15 de todo el mundo y segundo de Latinoamérica. La tasa es de 22,6 casos por cada 100.000 habitantes.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2.012) en el Estado Carabobo se reportaron 12.794 defunciones de las cuales 7.975 del sexo masculino y 4.819 femenino, teniendo el Municipio San Diego un total de defunciones de 333, correspondiendo al genero masculino 174 y para femenino 159.

Entre los pacientes víctimas de accidentes de tránsito se encuentra el politraumatizado quienes son llevados a los centros de salud públicos o privados para ser atendidos; la atención debe ser brindada por un equipo multidisciplinario de salud, entre los que se encuentra el personal de enfermería. Al respecto, Delgado, M. et al (2.012) refiere que “el profesional de Enfermería debe asumir un papel importante en la atención del paciente politraumatizado y promover una perfecta coordinación entre todos los miembros del equipo de salud”. (Pág.118-134).

El personal de Enfermería que labora en la unidad de emergencia debe estar calificado por sus conocimientos, habilidades y destrezas para proporcionar los primeros cuidados integrales al paciente politraumatizado. Ottolino, P. y Vivas, L. (2.008) al referirse al paciente politraumatizado, establece la atención básica: “A: Vía Aérea y control de la columna cervical; B: ventilación; C: Circulación y control de la hemorragia; D: Déficit neurológico; E: Exposición y control de la hipotermia y F: Manejo del dolor” (pág.25). Es decir, estos cuidados deben ser sistematizados y prioritarios que permitirán crear planes de cuidado centrados en la respuesta humana.

Quesada, A., Rabanal, J. (2006) señala que el “papel que realiza la enfermera en el servicio de urgencia al momento de valorar al paciente politraumatizado debe ir dirigido a realizar una valoración rápida y eficaz, así como también la realización de procedimientos

específicos y especiales para este tipo de pacientes, estableciendo la importancia de realizar una reevaluación continua del paciente politraumatizado hasta su estabilidad” (pág. 442).

La atención ofrecida por el profesional de enfermería debe estar fundada en el cuidado humanizado al paciente que está bajo la responsabilidad de estos profesionales, a lo que acota

Boff, L.(1.999) que cuidar más que un acto, es una actitud, es un modo de ser y como tal, llena toda la existencia humana; se expresa en determinados momentos y se hace particular a través de comportamientos concretos como el amor, la justa medida, la ternura, la caricia, la amabilidad, la convivencia y la compasión. Significa también desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, delicadeza. (pág. 91).

En efecto, el cuidado que brinda el profesional de Enfermería debe ir enfocado a la salud holística, basándose en cualidades que se enfoquen a llenar la presencia humana, y con ello influir positivamente en la evolución clínica del paciente.

Veloza M. et al (2.015) define:

“La teoría de Cuidado Humano de Watson hace énfasis en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y calidez. Considera al ser humano como único; igualmente lo ve en la interacción con todo cuanto lo rodea, con la capacidad de intervenir y transformarlo; de esta manera orienta el ejercicio profesional hacia un compromiso basado en normas éticas”.

El cuidado humanizado debe ser expresado por el profesional de enfermería mediante sus acciones cuidadoras hacia la persona receptora del cuidado, esto es posible considerando las dimensiones del cuidado. Al respecto, Guevara, B. y Zambrano, A. (2.010) al hacer referencia a las dimensiones del cuidado refiere que las cinco dimensiones del cuidado según Morse, J. y Cols (1990) son:

El cuidado como: rasgo humano es inherente a la naturaleza humana. Como imperativo moral o ideal busca preservar la dignidad de la persona que recibe el cuidado. Como afecto comprende un involucramiento emocional con un sentimiento empático. Como relación interpersonal en ella está la esencia del cuidado. Como intervención terapéutica con la que las acciones de cuidado pueden ser específicas: escucha atenta, enseñanza al paciente, consideración, competencias tecnológicas.

Guevara, B., Zambrano, A., Maldonado, M., et al. (2010) refieren que:

El profesional de enfermería debe apoyar a la persona cuidada por medio de actitudes y acciones que muestren interés por su bienestar y su aceptación como persona que piensa, siente, y padece. Evitar considerarlo como un ser cosificado, que sólo responde a un desequilibrio biológico manifestado por signos y síntomas.

Por lo descrito, es fundamental que el profesional de Enfermería durante la prestación de sus cuidados maneje una actitud de sensibilidad, empática, respetuosa y humana con el paciente politraumatizado. Al hacer referencia a la actitud es esencial exponer la definición que realiza Allport, citado por Ramos, M. (2007) “un estado mental de disposición organizada a través de la experiencia que ejerce una influencia directa o dinámica sobre el conocimiento del individuo a todos los objetos y situaciones con la que se relaciona” (pág. 68). En otras palabras, las actitudes son aprendidas sobre la experiencia e influyen la conducta de la persona a responder de una manera determinada; en este ámbito el profesional de enfermería, poseedor de conocimientos humanistas, científicos y tecnológicos debe orientar su práctica hacia una acción con afectividad y eficacia.

Ante las concepciones expresadas anteriormente se trae en consideración la realidad observada en el área de emergencia de la Clínica Docente Los Jarales (San Diego, Edo. Carabobo); donde se realiza la presente investigación, evidenciándose una actuación

automatizada del profesional de Enfermería desde que ingresa el paciente politraumatizado a la emergencia hasta que egresa a otras unidades de atención , se dedican a cumplir acciones técnicas tales como exposición corporal completa sin cuidar el pudor del paciente, permeabilizar la vía aérea, cateterizar dos vías periféricas, extraer muestras sanguíneas, monitorizar constantes vitales, administrar tratamiento, preparar equipos para la intubación orotraqueal, aspiración de secreciones, sondeo vesical, sondeo nasogástrico entre otros, mas sin embargo, durante la ejecución de estos procedimientos se observa rutinariamente una acción mecanizada del personal de Enfermería caracterizada por poca comunicación, escaso contacto kinestésico al momento de ingresar el paciente y durante su permanencia en el área.

Los procedimientos descritos se consideran de vital importancia para la recuperación del paciente politraumatizado y así garantizar la vida y prevenir secuelas del mismo dependiendo de la gravedad de las lesiones, mas sin embargo no impiden que el profesional de enfermería demuestre una actitud humanizada, sensibilizada en cada acto ejecutado, como por ejemplo conversar con el paciente sobre lo que se le está realizando, mirarlo a los ojos al momento en que el paciente pregunta algo entre otras expresiones que denoten un cuidado humanizado.

Considerando lo planteado surge la motivación para realizar esta investigación para determinar: ¿Qué relación existe entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería y el cuidado humanizado al paciente politraumatizado?

2.1 Objetivo General:

Determinar la relación que existe entre la actitud asumida por el profesional de enfermería con el paciente politraumatizado referida a: **Componente Afectivo y Conductual;** y el cuidado humanizado referente a las dimensiones: **Intervención Terapéutica y Relación Interpersonal.**

2.2 Objetivos específicos:

2.2.1.- Determinar la relación que existe entre la actitud asumida por el profesional de enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente afectivo y el cuidado humanizado en su dimensión intervención terapéutica.

2.2.2.- Determinar la relación que existe entre la actitud asumida por el profesional de enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente conductual y el cuidado humanizado en su dimensión intervención terapéutica.

2.2.3.- Determinar la relación que existe entre la actitud asumida por el profesional de enfermería con el paciente politraumatizado en su: Componente afectivo y el cuidado humanizado en su dimensión relación interpersonal.

2.2.4.- Determinar la relación que existe entre la actitud asumida por el profesional de enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente Conductual y el cuidado humanizado en su dimensión relación interpersonal.

3.- Justificación del estudio

En la actual sociedad del conocimiento se han dado muchos cambios sociales, educativos y culturales; a lo que enfermería no se escapa de esta realidad, actualmente los profesionales de enfermería han alcanzado un quinto nivel en relación a preparación académica lo cual se traduce en una mayor preparación de las enfermeras (os), así mismo, se requiere de profesionales de enfermería con un alto nivel de sensibilidad humana al momento de prestar cuidados a pacientes que estén bajo su responsabilidad debido a que se enaltece el cuidado humano como base de

nuestro ejercicio profesional. Adicional, a partir de los resultados obtenidos se tomaran las estrategias pertinentes para ofrecer el conocimiento necesario que ayudará a perfeccionar el cuidado brindado a nuestros pacientes, que es la meta vital del personal de enfermería.

La presente investigación para el paciente se espera que los resultados de esta investigación contribuyan para que el mismo sea atendido por profesionales más sensibles, empáticos, comunicativos, solidarios. De esta manera podrá contribuir para diseñar y desarrollar programas de educación continua en enfermería y la elaboración de mejores estrategias para concientizar al profesional de enfermería enfocándose en las actitudes y acciones que estos desempeñan.

Para la institución es de vital importancia debido a que unifica la concepción de atención efectiva basada en la calidad humana y adicional será un aporte científico, por que busca generar un aporte teórico de cuidado humano que permita sustentar y pueda contribuir para que el equipo de salud sea precursor, de una nueva transición basada en el cuidado humano. Asimismo, al contar la institución con un personal de Enfermería con características que lo definen como sensibles, respetuosos, compasivos, colaboradores ayudará a la transcendencia desde el punto de vista de su referencia para otras instituciones de salud pública y privada.

Este trabajo tiene una relevancia científica, debido a que los resultados obtenidos pueden generar nuevas consideraciones a investigar y servir de antecedente para la realización de investigaciones futuras. Adicional los resultados podrían permitir establecer planes de mejora en la formación académica de los profesionales de Enfermería y estrategias que fomenten los factores actitudinales que les permitan desempeñarse en un ambiente adecuado y dirigidas a

contribuir en la mejora del cuidado a la persona, todo ello, con la finalidad de aumentar la eficiencia y la eficacia en el desempeño de servicios de alta calidad.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

En este capítulo se hace referencia a los antecedentes de la investigación, bases teóricas, definición de términos, sistema de variables, sistema de hipótesis y su operacionalización.

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Durante los últimos años se han realizado diferentes investigaciones que han contribuido al enriquecimiento teórico de este estudio, al mejoramiento y desarrollo profesional del personal de enfermería, que es traducido en una actualización continua como un objetivo básico para la consecución de una mayor calidad dentro del sistema de salud. Entre las investigaciones que sustentan este trabajo se encuentran las siguientes:

Razban, F. y col. (2016), realizaron una investigación titulada la actitud de las enfermeras de cuidados críticos hacia los tratamientos de mantenimiento de la vida en el sudeste de Irán, su objetivo general fue evaluar la actitud de las enfermeras de cuidados críticos hacia tratamientos de mantenimiento de la vida, fue de tipo transversal, en donde tomaron 104 enfermeras de cuidados críticos de tres hospitales afiliados a la Universidad de Ciencias Medicas de Kerman. Los hallazgos reflejaron que, la mayoría de las participantes no tenían deseos de usar los tratamientos de mantenimiento de la vida incluyendo RCP y ventilación mecánica, en donde los autores recomiendan que la actitud de las enfermeras pudiera ser modificada por la inclusión de cursos específicos sobre muerte, cuidados paliativos y tratamientos de mantenimiento de la vida en los programas de pregrado y postgrado. Incluyendo los aspectos religiosos para mejorar la actitud.

Esta investigación guarda relación con el presente estudio debido a que analizan la actitud que posee el profesional de Enfermería ante las preferencias del cuidado en pacientes críticamente enfermos, contribuye con características del cuidado en su dimensión intervención terapéutica en Irán, de manera que podría establecerse diferencias en la actuación del enfermero (a) en Venezuela.

Maza, M., Zavala, M., Merino, J. (2016) Efectuaron una investigación titulada actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes. El estudio fue realizado en Chile, se basó en valorar la actitud de los profesionales de Enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola con factores que la condicionan. Fue una investigación descriptiva correlacional donde obtuvieron resultados significativos dado que consideraron que la edad, la preparación de pregrado acerca de la temática, la edad de su primer contacto con la muerte y los años de la experiencia profesional incidían en la actitud que el mismo pudiera presentar.

La misma guarda relación con la presente investigación debido a que la actitud en un sentido amplio corresponde a la disposición que presenta el profesional de Enfermería y que en sentido específico maneja la afectividad, cognitivo y conductual que diferencia la atención de un profesional a otro partiendo de la habilidad que el mismo presente; es decir concierne ya que se investigó que factores condicionaban a la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte tales como los años de experiencia laboral, la preparación académica lo cual es fundamental investigar junto a la actitud que asume el profesional de enfermería al momento de ofrecer el cuidado al paciente politraumatizado.

Calegari, R., et al. (2015) titulado Humanización de la atención de la salud en la percepción de enfermeras y médicos de un hospital privado. Este estudio fue realizado en Brasil-Sao Paulo, su

objetivo general fue verificar el significado del término humanización para enfermeras y médicos e identificar los factores que dificultan y facilitan la humanización en la atención, fue de tipo exploratorio, descriptivo y cualitativo, donde tomaron a 19 profesionales de salud. Los resultados demostraron que, la humanización está relacionada con el respeto, el cuidado y la empatía. En la práctica profesional, las acciones dirigidas a la humanización pueden ser facilitadas por la cultura organizacional, pero obstaculizadas por el exceso de trabajo.

Es relevante para esta investigación porque cuando se habla de humanizar el cuidado, se refiere transformar el cuidado en un fenómeno basado en la existencia del ser humano; las enfermeras al tener conocimientos científicos y técnicos basados en el cuidado, esto les permite utilizarlos como herramientas fundamentales para orientar su práctica diaria a influir positivamente en la evolución clínica de los pacientes.

Bautista, L. y col. (2015). Realizaron una investigación titulada percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. Este estudio fue realizado en Colombia-Cúcuta. Su objetivo fue describir el grado de percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en los usuarios hospitalizados; fue un estudio descriptivo de corte transversal con una población total de 890 usuarios de la que se obtuvo una muestra de 269 individuos. Los resultados evidenciaron que el 72% de los usuarios hospitalizados percibieron como excelente los comportamientos del cuidado humanizado, refiriendo tener mayor satisfacción con los cuidados brindados por el personal de enfermería, pertenecientes a las categorías sentimiento del paciente, apoyo físico, priorización al ser cuidado y cualidades del hacer de la enfermera siendo estas las categorías con

mejor calificación por parte de la población objeto de estudio; mientras que la disponibilidad para la atención, dar apoyo emocional, y empatía tuvieron los valores más bajos de calificación.

Su relación con el presente estudio es debido a que se trata de una investigación correlacional de variables donde se maneja la actitud y el cuidado; donde la mayoría de los usuarios se sintieron amenos con la atención brindada, sin embargo el aspecto empatía con el paciente mantuvo debilidades, lo cual podría permitir en esta investigación arrojar datos favorables para concientizar a los profesionales de enfermería en ese aspecto.

Valenzuela, M. (2015). En su estudio titulado ¿Es posible humanizar los cuidados de Enfermería en los servicios de Urgencias? El mismo realizado en España. Su estudio se planteó conocer la percepción que poseen los profesionales de los servicios de Urgencias sobre la humanización y el cuidado humanizado, explorar su significado, indagar aquellos factores que interfieren en el proceso de humanización y motivar a que sean los propios profesionales quienes aporten las posibles vías que contribuyan a mejorar y humanizar dicho proceso.

Fue de tipo cualitativo, los resultados obtenidos determinaron que es necesario un cambio en el paradigma del cuidado hacia un modelo holístico, centrado en el paciente y su familia. Se debe impulsar las habilidades relacionales, destacando la relación de ayuda y la comunicación.

Esta investigación guarda relación con el presente estudio debido a que presenta una orientación del manejo ideal individual partiendo de la perspectiva de cada enfermero (a). Es decir, motivar a los profesionales de Enfermería en brindar un cuidado ajustado al paciente y a su familia. Donde los pilares fundamentales de dicha relación sea la comunicación, empatía, entres otros.

Flores, D. y Zambrano, A. (2014) efectuaron una investigación titulada actitudes del profesional intensivista de Enfermería y el cuidado postoperatorio a personas con cirugía cardiovascular. Este estudio fue realizado en Venezuela-Caracas. Su objetivo fue determinar la relación entre las actitudes del profesional intensivista de Enfermería en sus factores: responsabilidad y empatía; y el cuidado postoperatorio a personas con cirugía cardiovascular referente a factores: sistema cardiovascular y sistema renal. Fue un estudio correlacional con una población: 80 intensivistas de Terapia del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Caracas. Los resultados de dicha investigación afirman que la responsabilidad del profesional de Enfermería es la condición de responder por las acciones y aceptar las consecuencias que generan las conductas asumidas. Adicional se rechazó la hipótesis referente a la actitud en su factor empatía relacionado con el sistema cardiopulmonar, sin embargo el factor empatía relacionado al sistema renal resalta que a mayor empatía, mejor actitud en las acciones cuidadoras.

Esta investigación guarda relación con el presente estudio ya que maneja las variables de actitud y cuidado estableciendo reciprocidad entre las mismas. Y demostró que de acuerdo a las actitudes positivas de las enfermeras durante su cuidado al paciente, éste responderá de manera más agradable, fomentando la relación enfermera-paciente y que a mayor nivel de la actitud del profesional de enfermería producirá un aumento significativo en el cuidado postoperatorio a personas con cirugía cardiovascular.

2. BASES TEORICAS DEL ESTUDIO:

Las bases teóricas están estructuradas por los enfoques presentados por teorizantes humanistas, de enfermería y medicina, vinculados a las dos variables en estudio: Actitud asumida por el profesional de Enfermería, en sus factores: componente afectivo y componente conductual;

y el cuidado humanizado en el paciente politraumatizado, referido a los factores: intervención terapéutica y relación interpersonal.

VARIABLE 1 LA ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

La actitud, tal como la definen León y otros (1.998) “es considerada como una disposición interna de carácter aprendido y duradera que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o una clase de objetos del mundo social” (pág. 118). Feldman, R. (1.998) define la actitud como “una predisposición aprendida para responder de manera favorable o adversa ante un objeto específico” y por último Myers, D. (2.000) plantea que son las reacciones evaluativas favorables o desfavorables dirigidas hacia una persona o hacia algo definen la actitud.

Tomando como referencia las diferentes concepciones de lo que significa la actitud se concluye que las actitudes son una disposición de la persona como respuesta a una idea, un concepto, una situación. En el caso del profesional de enfermería que labora en las unidades de emergencias es fundamental conocer cuál es la actitud que esta asume ante el cuidado del paciente politraumatizado al momento que este ingresa a la unidad de trauma shock considerando que en oportunidades este es un paciente que está consciente, orientado y ansioso ante las circunstancias que está viviendo por lo que se requiere contar con un profesional de enfermería paciente, tolerante, sensible y empático en las acciones que este profesional ejecuta. Hernández, Sampieri y otros (1.996) definen a la actitud como “una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable, respecto a un objeto o sus símbolos”(pág.263) Tomando en consideración la definición que efectúa Hernández Sampieri

sobre la actitud como una “predisposición aprendida” ésta está determinada por los valores y creencias que posea la persona en este caso el profesional de enfermería lo que quedara en evidencia durante el cuidado ofrecido por este profesional al paciente politraumatizado.

Kozier, B (1.999) al hacer referencia a las actitudes reconoce que las mismas tienen tres componentes: Componentes conductuales, cognoscitivos y afectivos. Los conductuales implica la tendencia a actuar de la persona. El cognoscitivo incluye las opiniones y la información relacionada con la actitud. El afectivo, es el sentimiento relacionado con la opinión, con el conocimiento y el objetivo de la actitud, y varía de persona a persona. Las expresiones anteriores evidencian que las actitudes se caracterizan por ser el resultado del aprendizaje, son individuales, se fundamentan en valores y creencias e influyen en las acciones de las personas. (pág.137)

Estas ideas permiten considerar que el profesional de enfermería en su cotidianidad de su práctica debe expresar mediante sus acciones un cuidado humanizado hacia el paciente respetando las creencias, los valores, los sentimientos y emociones que este tenga de acuerdo a la cultura del mismo.

Myers, D (2.002) refiere que “la influencia social tiene un inmenso poder sobre las actitudes, creencias, decisiones y acciones”. (pág.555). Esto significa que las actitudes que posea el profesional de enfermería durante el cuidado al paciente politraumatizado está determinada por una serie de elementos tales como el autoconcepto profesional, los valores personales, religiosos, institucionales de este profesional, lo que sin duda redundara en la satisfacción del paciente y familiares por el cuidado recibido así como también en estos profesionales. Al hacer referencia a las actitudes Potter y Perry (2.003) refiere que “las actitudes son determinantes de la conducta, puesto que están vinculadas con el conocimiento, percepción, personalidad y la motivación”. (pág.37) Asimismo, agrega que “una actitud es un estado mental de preparación organizado, mediante la experiencia que ejerce una influencia específica sobre la respuesta que da una persona a la gente, los objetos y las situaciones con que se reacciona”.

De lo expuesto anteriormente se concluye que en el caso del profesional de enfermería responsable del cuidado del paciente politraumatizado, la actitud adoptada va a estar determinada también por la motivación que este tenga, motivación que puede ser intrínseca y extrínseca, de allí la importancia de considerar los elementos que de alguna manera influyen en esta motivación tales como: la identidad profesional, los valores, el reconocimiento institucional al desempeño, la evaluación del desempeño entre otros.

En consecuencia la actitud es aprendida y multidimensional, según León et ál (1.998), refiere que las respuestas ante un objeto de actitud son de tres clases: a) afectivas, relacionadas con sentimientos evaluativos b) cognoscitivas, relacionadas con pensamientos, opiniones y creencias y c) conductuales, relacionadas con acciones manifiestas hacia el objeto de actitud. Debe existir una correspondencia entre lo que sentimos, pensamos y hacemos respecto a una persona o hacia algo

A esta forma de ver las actitudes desde los tres componentes se denomina modelo ABC de las actitudes, encontrado en el estudio de Rajecki (citado por Feldman, 1998). Por tanto este estudio sugiere que una actitud posee tres componentes afecto, comportamiento y cognición. El componente afectivo son emociones positivas o negativas acerca de algo; es decir, lo que sentimos acerca de ello. El componente conductual consiste en una disposición o intención para actuar en forma específica que sea relevante a nuestra actitud. Por último, el componente cognitivo se refiere a las creencias y los pensamientos que tenemos acerca del objeto de nuestra actitud.

Con lo anteriormente expuesto se puede concluir que la actitud tiene tres dimensiones en el cual se hará énfasis en sus componentes afectivo y conductual. La dimensión afectiva según Rosenberg y Hovland (citado por Gross, P. 2.004) refiere “lo que una persona siente acerca del

objeto de la actitud, que tan favorable o desfavorable lo evalúa” y en su componente conductual define “es como responde, de hecho, una persona ante el objeto de la actitud”

La actitud incluye respuestas nerviosas simpáticas y enunciados verbales de afecto; referente a la cognición están las respuestas perceptuales y las afirmaciones o creencias verbales y las conductuales que se encuentran las acciones abiertas y las declaraciones verbales relacionadas con la conducta. (Stahlberg, F. citado por Groos, R. 2004). De esta manera se puede considerar que la actitud puede predecir la conducta.

La estimación sobre el trabajo en equipo, debería ser considerada por el grupo de profesionales que labora en la organización para proporcionar el cuidado adecuado a la población que padece dicha alteración sistémica, bajo una dimensión holística, de esta manera disminuyendo las posibles complicaciones que éste pudiera presentar; sin embargo, Moleiro, M. (citado por Guevara, B., Zambrano, A., Evies, A. 2007) afirma que: "no todos nos comportamos igual ante las vivencias y los problemas de la vida; pues según los valores a los que les damos prioridad, le damos sentido a lo que hacemos". En el caso del profesional de enfermería, este brindará un cuidado humano partiendo de su perspectiva, donde se encuentran implicados una serie de valores y elementos que permiten una abertura entre la actitud que asume al ejecutar sus funciones y las dimensiones implicadas para validar que se está brindando una atención basada en el mismo.

La actitud propicia y de adecuación asumida por el enfermero (a) que labora en estas unidades, durante el ingreso y la permanencia del paciente politraumatizado debe ser una relación basada en empatía, solidaridad, afectividad, respeto, comunicación hacia la persona

afectada como a su familia, brindando un apoyo emocional fundamentado en la sensibilidad humana, como aspecto fundamental del cuidado dentro del profesional de Enfermería.

De esta manera se comprende que los profesionales de Enfermería no solo tienen la responsabilidad del cuidado directo del paciente politraumatizado a lo que refiere: valoración completa por sistema, permeabilidad de la vía aérea, cateterización de vías periféricas, administración de fármacos, entre otras acciones primordiales; sino también requiere sensibilidad y empatía al momento de prestar este cuidado personalizado. Estos son sentimientos que expresan la afectividad del profesional de enfermería y que se traducen en una satisfacción por el cuidado recibido.

Rojas (citado por Peiro, S. 2005) al hacer referencia a los sentimientos lo define “la experiencia más destacada dentro de la vida afectiva de las personas; es un estado subjetivo difuso, que tiene siempre una tonalidad positiva y negativa; es decir, el sentimiento es la estilo básico de la persona y parte de la percepción de la misma, lo cual puede ser agradable o desagradable” (pág.52)

Se puede concluir que los sentimientos son la manera de cómo se percibe intrínsecamente el individuo. Cada persona es conforme a los sentimientos que tiene. Por eso, comprender cada sentimiento es comprender las reacciones ante el mundo que los rodea.

El profesional de Enfermería en el desarrollo de sus actividades debe mantener la comunicación como una herramienta fundamental de cualquier relación laboral. Para que exista una óptima comunicación entre el paciente y el personal de salud, es menester la empatía y las habilidades sociales, ambas componentes de la inteligencia emocional referida por

Gimeno, M. (2017) y define “la empatía es la capacidad de sintonizar con los sentimientos y las emociones del otro, ponerse en su lugar y pensar que puede estar sintiendo. La persona empática percibe las necesidades y los estados de ánimo de su interlocutor, a través de su tono de voz, de su lenguaje postural, sus gestos. Es capaz de reconocer su angustia, sus miedos, aunque no

necesariamente ha de tener su mismo punto de vista. En una relación empática no se enjuician las emociones del prójimo, no olvidemos que esta palabra significa próximo, se hacen esfuerzos activos durante todo el proceso de comunicación por comprender el mensaje del otro, por entender y ser entendido, y sobre todo, por saber escuchar”.

En coherencia la “empatía es la amabilidad y afecto. Significa entrar al mundo perceptual privado del otro y sentirse totalmente a gusto en él”. (Rogers, C. citado por Trevithick, P. 2.006).

Otro componente fundamental en la relación enfermera-paciente es la escucha atenta, lo que refiere Gimeno, M. (2.017), “ser aquella escucha por la cual captamos el mensaje de nuestro interlocutor sin prejuicios, poniéndonos en su papel, apoyándole y aprendiendo de su experiencia. Oímos con la intención de comprender sus sentimientos y apreciamos su punto de vista”.

En el componente conductual de la actitud refiere

Urbina, O. et al (2.003) “La Enfermería tiene tanto que ver con la asistencia de los seres humanos, que no resulta sorprendente que esta profesión esté preparada para actuar como agente de cambio. La responsabilidad profesional del personal de Enfermería consiste en aplicar en todo ámbito, los principios de protección de la humanidad, deben como defensores de los seres humanos, ayudar a los pacientes a encontrar un significado o un propósito a su vida o a su muerte. El respeto al ser humano es el fundamento de las relaciones humanas y constituye un deber moral de cada hombre que, es el caso de los profesionales de la salud”.

En relación a lo anteriormente expuesto el enfermero (a) busca la excelencia a través de las prácticas, por consiguiente, la motivación es una de las herramientas para incentivar al paciente a participar en su cuidado; según Archanco, S. (2.015) “es un estado interno de disposición para llevar a cabo una conducta o modificar una existente”. Tal como lo establece Acevedo, S. et al (2.014) dentro del paradigma de enfermería, la actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura, la claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos es el mejor camino para

experimentar la unión y asegurar que sea logrado algún nivel de comprensión entre la enfermera-paciente, y se mantiene la calidad de expresión mediante la sinceridad de la enfermera, que se relaciona con grandeza y eficacia del cuidado. Según Acevedo, S. (2014) “La Enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad del contexto del acto del cuidado”.

VARIABLE 2 CUIDADO HUMANIZADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

La naturaleza de la enfermería es el cuidado, es decir aquellas acciones que realiza el profesional de enfermería en beneficio de las personas que requieren su ayuda terapéutica. Hace referencia Mosby (2004) “es el cuidado que requiera cualquier persona sana o enferma, sea cual fuese el diagnóstico del médico y el tratamiento que prescriba”. (pág.338). El cuidado se mantiene en continua interacción con el entorno del individuo, familia y comunidad. Para Heidegger, M., (citado por Sánchez, N.2008. p.96) define al cuidado como “un fenómeno ontológico-existencial fundamental”; que no es otra cosa que una manifestación basada en la existencia del ser humano, en los valores, principios e inspiraciones que conforman el hábito común de toda sociedad.

El cuidado es expresado mediante acciones de la persona que cuida hacia la persona cuidada o receptora del cuidado, en concordancia con ello, Waldow (1998) citada por Escobar, D. (2004) refiere “el cuidado se inicia o se expresa de dos maneras: como una forma de sobrevivir y como una expresión de interés y cariño”. El cuidado está enfocado según algunos autores en dimensiones al respecto se encuentran las opiniones de Pollack- Lathan (1991), citadas por Escobar, D. (2004), las cuales al reflexionar sobre el cuidado como un proceso interactivo, establecen:

“tres dimensiones del cuidado, siendo estas: el cuidado personal o privado, como tener la salud de otra persona en una relación mas intima que involucra familia y amigos. El cuidado social o público, que incluye el cuidado a extraños y en general, no se caracteriza por una relación tan intensa e intima, como el cuidado personal. El cuidado profesional, a su vez, implica responsabilidad por parte de la cuidadora, en utilizar conocimientos y habilidades en el sentido de ayudar a personas que necesitan el cuidado. La relación en el cuidado profesional, dependerá de la continuidad y en el nivel de involucramiento por parte de la cuidadora, así como las percepciones de su importancia y necesidad”.

Por otra parte, Guevara, B. y Zambrano, A. (2010) al hacer referencia a las dimensiones del cuidado cita a Morse, J. y Cols (1990) los cuales manifiestan que sus dimensiones son:

“El cuidado como rasgo humano es inherente a la naturaleza humana. Como imperativo moral o ideal busca preservar la dignidad de la persona que recibe el cuidado. Como afecto comprende un involucramiento emocional con un sentimiento empático. Como relación interpersonal en ella está la esencia del cuidado. Como intervención terapéutica con la que las acciones de cuidado pueden ser específicas: escucha atenta, enseñanza al paciente, consideración, competencias tecnológicas”.

En este orden de ideas, se enaltecerá dos de las dimensiones antes mencionadas, las cuales son intervención terapéutica y relación interpersonal; tal como lo establece anteriormente el autor citado, la intervención terapéutica son las acciones independientes que ejecuta el profesional de Enfermería; en concordancia Medina, Z. (2005) define a las acciones independientes de enfermería “como aquellos procedimientos o modos de actuar, que ejecuta el personal de enfermería de forma independiente (sin orden medica), con el propósito de aliviar, mejorar o eliminar el problema del paciente”. También realiza una clasificación de las acciones independientes y refiere que pueden ser generales, específicas e innovadas, en cuanto a las acciones específicas el mismo autor refiere “son problemas presentados por el paciente, se desglosan en baño y cambio de ropa diario o cada vez que sea necesario, dieta, posición y movilización, ejercicios

respiratorios, los hemocultivos y otras específicas según la patología de base o problema que presente el paciente”. En afinidad

Escobar, D. (2.004) refiere que “el cuidar como una intervención terapéutica, vincula el cuidar como lo que habitualmente hace la enfermera. Las acciones pueden ser específicas: escuchar atentamente, educar al paciente, abogar por el, tocarlo, estar allí y la competencia técnica. Incluye, todas las técnicas, procedimientos e intervenciones que favorecen o asisten al paciente. Exige conocimiento, habilidad y congruencia entre las acciones de la enfermera y la percepción de necesidad del paciente.” (pag.57).

En relación al paciente Mattiasson, A. (1.998) refiere “en la profesión del cuidado de los pacientes, la importancia de la responsabilidad ética es particularmente evidente en las desigualdades existentes entre cuidadores y pacientes, estando estos en una situación de dependencia impuesta por la enfermedad”, por tanto, ayudar a la persona enferma que, como paciente, está en una situación de vulnerabilidad, pero que tiene derechos específicos que el cuidador debe conocer y respetar. En este mismo orden de ideas, durante el baño en cama múltiples autores establecen cuidar el pudor del paciente y considerar las peticiones y opiniones del paciente a lo que refiere Yepes, R. (1.966) "Es el gesto y la reacción espontánea de protección de lo íntimo"

El mismo autor refiere:

“Por ser el cuerpo parte de la intimidad, el pudor se muestra entonces como resistencia a la desnudez, como una invitación a buscar a la persona más allá de su cuerpo. Mediante el acto y el gesto pudoroso, tan cercano aquí a la vergüenza, la persona expresa una negativa a que su cuerpo sea tomado, por así decir, sin la persona que lo posee, como una simple cosa. Por lo que es necesario que el profesional de Enfermería tenga en consideraciones las opiniones del paciente politraumatizado, responder a sus posibles interrogantes y acondicionar el ambiente”.

Según el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2.014) en su manual intrahospitalario establece dentro de la preparación del paciente, explicar el procedimiento al paciente y/o familia. Lo cual engloba las acciones independientes del profesional de Enfermería en cuanto al baño en cama, fisioterapia respiratoria y la administración de medicamentos.

Llamas, E. (como se cito en Parra, D. 2.013) resulta indudable que el desconocimiento de las circunstancias que rodean su enfermedad, de las posibilidades de éxito del tratamiento o intervención a la que va a someterse, así como de los riesgos que estos entrañan, coartan la posibilidad de que el paciente pueda autodeterminarse y elegir libremente si desea o no una intromisión en su propio cuerpo.

Lo que afirman dichos autores realzan los fundamentos que tiene el profesional de Enfermería dentro de su formación académica.

De acuerdo a Johnson citado por Wesley, R. (1.997) considera que el cuidado dado por el personal de Enfermería “actúa como una fuerza de regulación externa para preservar la optima organización e integración de la conducta del paciente, cuando este se enfrenta a una amenaza de salud física y social”. (Pág.70).

Watson J. (citado por Flores, D., 2.014) especifica que el cuidado en enfermería “es una interacción humana de carácter transpersonal, intencional, única que se sucede en un contexto cultural, con un fin determinado y que refuerza o reafirma la realidad humana” (pág.10). A su vez

Henderson, V. (citada por Griffith, J. 2.007) señala la ayuda a una persona sana o enferma en la realización de aquellas actividades que constituyen a su salud y recuperación o a una muerte pacífica, que realizara por si solo si tuviera voluntad, fortaleza o conocimiento necesario para estas y hacerlo de tal forma que pueda independizarse lo mas rápidamente posible (pág. 240).

Lo mismo que en su teoría de las necesidades humanas enfoca las acciones, profesionales individualizando el cuidado hacia el paciente, a partir del concepto de que toda persona tiene al menos catorce necesidades básicas, las cuales debe tener satisfechas para estar sano, de esta manera se constituyen los elementos que estructuran el cuidado en enfermería.

Pallack-Lathan (citado por Flores, D., 2014), identifica cuatro actitudes críticas del cuidado: 1. Percepción individual, total y exacta de la situación global. 2. Utilización de métodos que faciliten la percepción exacta 3. Métodos para demostrar el cuidado y 4. La validación y evaluación de los resultados del cuidado.

En este mismo orden de ideas, Boff, L. (citado por Arenas, N. 2011) considera al cuidado como una actitud de cuidado, desvelo, preocupación, inquietud por la persona amada o por un objeto de estimación. Agrega, más que un acto, es una actitud que abarca más que un momento de atención, de ocupación, es una preocupación.

En relación a ello Mayeroff, M. (citado por Arenas, N. 2011) refiere que “el cuidado es ayudar al otro a crecer, cualquiera sea otro, una persona, un ideal, una planta, una mascota, una obra artística. El cuidado cotidiano se da en la relación padre-hijo. El cuidado de los padres es respetar a su hijo, ayudarlo a crecer en su propio derecho, animándolo y asistiéndolo en sus necesidades”.

En el caso de enfermería por ser una profesión humanística, el enfermero (a) debe ser capaz de sentir intrínsecamente lo que la otra persona siente y determina lo que esté requiere para progresar. De acuerdo a lo expresado por Arenas, N. (2006) el cuidado ejercido por el profesional de Enfermería debe ser centrado en la condición humana, en aquella interacción enfermera-persona cuidada, es aquella capacidad de relacionarse con los seres humanos y es ese el escenario del cuidado, donde la enfermera cuidadora vive y convive con, para y entre otros. Es decir; el cuidado de la vida se basa en la comprensión del carácter mismo, de los fundamentos y expresiones de la vida, esta manera Watson, J. citada por Kozier B. y Cols (1999) especifica que el cuidado humano va mas allá de la emoción, del interés, de la actitud, de la benevolencia. El

cuidado lleva consigo valores, el compromiso psicológico de cuidar, acciones de cuidar; así como resultados que se esperan sean siempre favorables para la persona que recibe el cuidado.

En su teoría de cuidado humano concibe una estructura multidimensional, que parte de atributos que se basen en una postura ética y estética ante la atención en este particular del paciente politraumatizado, el cual presenta alteraciones sistémicas y se deben tratar desde una interacción humana y social, caracterizada por su naturaleza. El paciente politraumatizado Según Burgos, J. (1.999) lo define como a “todo herido con dos o mas lesiones traumáticas graves periféricas, viscerales o complejas que entrañan una repercusión respiratoria o circulatoria que pone en peligro el pronostico vital inmediatamente o en las horas siguientes”. Por ende es un paciente complejo, que requiere de un profesional de Enfermería que debe mantener una interacción multidisciplinaria donde la comunicación en su forma verbal, gestual y actitudinal constituyan un escenario para el encuentro con el usuario. Mayeroff, M. (citado por Gonzalez, R. et al); destaca que para ejercer cuidado, la persona cuidadora debe tener conocimiento sobre sus capacidades, limitaciones y necesidades; además debe ejercerse en ritmos alternados donde evalúe su comportamiento de modo de poder ayudar a mejorar al otro. Debe tener paciencia como componente importante del cuidado; sinceridad, humildad, coraje y establecer una confianza durante la interacción con la persona cuidada.

El profesional de Enfermería debe concientizar el cuidado desde esta perspectiva, fomentando los componentes descritos anteriormente, de esta manera se consolida una interacción efectiva y el cuidado al paciente politraumatizado tendrá una atención sistemática encaminando hacia un cuidado especializado con un alto nivel humanístico, es por ello que lo menciona el modelo de relación persona a persona.

Travelbee, J. (citado por Marriner, A. 2.007)

La interacción entre paciente y la enfermera, se fundamenta en el encuentro original, el cual es dado por las primeras impresiones de la persona enferma por parte de la enfermera y a la inversa. La enfermera y el paciente se perciben el uno al otro según roles estereotipado; también las identidades emergentes, cuando la percepción de la enfermera y el paciente, el uno al otro, como personas únicas. De esta manera se empieza a formar el vínculo de la relación. La empatía que es la capacidad de compartir de la experiencia con la otra persona. El resultado del proceso de empatía es la capacidad de predecir la conducta de la persona con quien ésta realizando la interacción. Por otra parte la compasión que esta mas allá de la empatía y se produce cuando la enfermera desea aliviar la causa de la enfermedad o sufrimiento del paciente. Con eso se va fortaleciendo la relación que se caracteriza por las acciones enfermeras que alivian las molestias del paciente. La enfermera y la persona enferma están relacionadas, como ser humano con ser humano (pág.424).

De esta manera se enaltece el alto nivel de conciencia, integridad y valores en el desempeño de las funciones, el enfermero quien ofrece atención directa y esta en contacto durante periodos largos con el paciente, por lo que una relación interpersonal efectiva es de vital importancia para lograr la satisfacción de los pacientes. Este aspecto de la calidad pone en manifiesto la habilidad para establecer relaciones interpersonales positivas y la actitud de los prestadores de servicios, establecido en la Ley de Ejercicio Profesional de Enfermería específicamente en su artículo 2, apartado numero 2

La practica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde esta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el paciente, la familia y la comunidad. La esencia del cuidado y de enfermería esta en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.

Asimismo el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) para la Profesión de Enfermería establece en los elementos del código: 1) La enfermera y las personas en el segundo párrafo:

Al dispensar cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.

La Enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en el cual fundamentara el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente.

La Enfermera demostrara valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.

Además el Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela instituye en su artículo 1 que el código rige la conducta del profesional de la Enfermería en sus relaciones cotidianas, también en su artículo 2 refiere que los enfermeros estarán regido por criterios éticos genéricos en el desempeño de sus actividades fundamentados por la responsabilidad y lealtad. Asimismo en su artículo 13 instauro:

La relación enfermera (o) paciente, se fundamenta en el respeto a la dignidad humana basados en la responsabilidad y el secreto profesional en total acatamiento a los principios éticos y normas morales que forman parte esencial de la actividad realizada por las (los) profesionales de la enfermería.

También en su artículo 34 establece los derechos del paciente:

- 1.- Ser tratado con respeto y dignidad; el ambiente de su ubicación debe reunir higiene y confort.
- 2.- Atender la solicitud del enfermo de acuerdo a su religión.
- 3.- Recibir una atención de elevada calidad por el profesional de enfermería y demás miembros del equipo de salud.
- 4.- ser informado sobre cualquier procedimiento que deba realizarse para confirmar su diagnóstico.
- 5.- Dar su consentimiento previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico y respetar su decisión.

Y por ultimo en su artículo 41 establece “Los registros en la historia clínica de enfermería, deben reflejar con certeza las emociones del enfermo a su ingreso al establecimiento de salud y la evolución mientras dure la estadía y debe ser manejado con sinceridad y responsabilidad”.
Asumiendo la regulación es deber de los profesionales, cumplir con lo establecido y de esta

manera llevar a cabo el ejercicio de sus funciones con empatía, sensibilidad, responsabilidad, motivación, autenticidad y comunicación.

3. DEFINICIÓN DE TERMINOS

Actitud: Es una sentimiento interior expresado en la conducta del profesional de Enfermería.

Componente afectivo: Se define para esta investigación como los sentimientos y emociones que expresa el profesional de Enfermería.

Componente conductual: Se define para esta investigación como el comportamiento asumido por el profesional de Enfermería al momento de brindar el cuidado al paciente politraumatizado.

Cuidado Humano: Es la atención brindada por el profesional de Enfermería con característica universales, siendo un fenómeno complejo donde se encuentran inmersos los elementos humanísticos relacionados con la esfera psicosocial, técnico científicos y biológicos, adicional de aspectos complementarios que constituyen una visión integral del paciente politraumatizado.

Cuidado humano como intervención terapéutica: Son las acciones que ejecuta el profesional de enfermería orientadas a satisfacer las necesidades del paciente politraumatizado.

Cuidado humano como relación interpersonal Es la interacción reciproca entre la enfermera y el paciente.

Paciente politraumatizado: Es aquella persona que presenta dos o más lesiones que comprometan su vida.

4 SISTEMA DE HIPOTESIS

4.1 HIPOTESIS GENERAL

Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud asumida por el profesional de enfermería con el paciente politraumatizado referida a: **componente afectivo y conductual** y el cuidado humanizado que este ofrece a las dimensiones: **Intervención terapéutica y relación interpersonal.**

4.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS.

- 4.2.1** Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente afectivo y el cuidado humanizado que este ofrece referente a: dimensión intervención terapéutica.
- 4.2.2** Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente afectivo y el cuidado humanizado que este ofrece referente a: dimensión relación interpersonal.
- 4.2.3** Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente conductual y el cuidado humanizado que este ofrece referente a: dimensión intervención terapéutica.
- 4.2.4** Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente conductual y el cuidado humanizado que este ofrece referente a: dimensión relación interpersonal.

5 SISTEMA DE VARIABLES

5.1 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable 1: Actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado

Definición operacional: Se refiere a la disposición que tiene el profesional de Enfermería durante el cuidado del paciente politraumatizado, ingresado en el área de Trauma Shock, referida a sus componentes: Afectivo y Conductual.

Variable 2: Cuidado humanizado al paciente politraumatizado

Definición operacional: Se refiere a las acciones cuidadoras que ejecuta el profesional de Enfermería al paciente politraumatizado que se encuentra hospitalizado, referido a Dimensión Intervención Terapéutica y Relación Interpersonal.

6. Operacionalización de las variables:

Variable 1. Actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado: Se refiere a la disposición que tiene el profesional de Enfermería durante el cuidado del paciente politraumatizado ingresado en el área de trauma shock, referida a sus componentes: **Afectivo y Conductual.**

Factores	Indicadores	Sub-indicadores	Items
<p>1.- Componente afectivo: Se refiere a la disposición que está presente en el profesional de Enfermería al momento de proporcionar el cuidado al paciente politraumatizado, expresadas mediante los sentimientos. Comprende: Empatía y sensibilidad.</p>	<p>1.1.- Empatía presente en el profesional de Enfermería: Se refiere a la capacidad que tiene el profesional de enfermería de comprender los sentimientos y las emociones del paciente poitraumatizado al momento de proporcionar el cuidado. Comprende: Escucha atenta, responder interrogantes realizadas por el paciente, comprender reacciones en el paciente y aceptar opiniones del paciente</p>	<p>Escucha atenta Responde interrogantes realizadas por el paciente Comprende reacciones en el paciente: -Llanto. -Rabia. -Agresión. -Tristeza. -Preocupación Acepta opiniones del paciente</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8</p>
	<p>1.2.- Sensibilidad presente en el profesional de Enfermería: Se refiere al sentir del profesional de Enfermería al momento de realizar el cuidado al paciente politraumatizado expresado a través de: interés por el estado anímico, preocupación por la evolución</p>	<p>Interés por el estado anímico en el paciente politraumatizado. Preocupación por la evolución del paciente politraumatizado. Expresiones de ternura</p>	<p>9 10 11</p>

	del paciente y las expresiones de ternura.		
2.- Componente Conductual: Se refiere a la disposición que tiene el profesional de Enfermería de comportarse al momento de ejecutar el cuidado en el paciente politraumatizado que comprende: Responsabilidad, motivación y autenticidad.	2.1.- Responsabilidad: Se refiere al compromiso del profesional de Enfermería al momento de ejecutar el cuidado al paciente politraumatizado comprende: Respeto hacia el paciente politraumatizado, compromiso con el cuidado brindado al paciente politraumatizado, Interés en realizar: -Extracción de muestras para exámenes de laboratorio. -Administración de tratamiento. -Valoración física.	Respeto hacia el paciente politraumatizado	12
		Compromiso con el cuidado brindado al paciente politraumatizado:	13
		Interés en realizar:	
		-Extracción de muestras para exámenes de laboratorio.	14
		-Administración de tratamiento.	15
	-Valoración física.	16	
			17
	2.2.- Motivación presente en el profesional de Enfermería: Se refiere a la conducta motivadora que está presente en el profesional de Enfermería al momento de realizar el cuidado al paciente politraumatizado referido a: incentivo al paciente a participar en el cuidado, explica al paciente sobre	Incentivar al paciente a participar en el cuidado.	18
		Explica al paciente sobre tratamiento recibido.	19
		Orienta al paciente sobre los exámenes realizados	

	<p>tratamiento recibido. Orienta al paciente sobre los exámenes realizados</p> <p>2.3.- Autenticidad en las acciones ejecutadas: Se refiere a las acciones auténticas asumidas por el profesional de Enfermería al momento de realizar el cuidado. Comprende: sinceridad al responder interrogantes al paciente</p>	<p>Mantener al paciente informado con la verdad</p>	<p>20</p>
--	--	---	-----------

Variable 2. Cuidado humanizado al paciente politraumatizado: Se refiere a las acciones que ejecuta el profesional de Enfermería al paciente politraumatizado que se encuentra hospitalizado en la Unidad de Trauma Shock referido a: **Intervención Terapéutica y Relación interpersonal.**

Factores	Indicadores	Sub-indicadores	Ítems
<p>1.- Intervención terapéutica: Se refiere a las acciones ejecutadas por el profesional de Enfermería durante el cuidado al paciente politraumatizado que se encuentra hospitalizado en la unidad de trauma shock. Comprende: Acciones independientes.</p>	<p>1.1.- Acciones independientes: Se refiere a la ejecución de procedimientos propios del profesional de Enfermería que esta ejecuta al paciente politraumatizado donde demuestra el cuidado humanizado. Comprende: Baño en cama, fisioterapia respiratoria, administración de tratamiento</p>	<p>Baño en cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuida el pudor del paciente - Considera las peticiones y/o opiniones del paciente politraumatizado -Responde interrogantes -Acondiciona el ambiente <p>Fisioterapia respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> -Explica el procedimiento al paciente. - Protege al paciente. -Considera las opiniones y peticiones. <p>Administración de tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> -Explica el procedimiento al 	<p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">7</p>

		paciente politraumatizado.	8
		-Orienta al paciente sobre los efectos del tratamiento.	9
		-Considera opiniones y peticiones del paciente.	10
<p>2.- Relación interpersonal: Se refiere a las acciones que ejecuta el profesional de Enfermería en el momento de intercambiar información con el paciente politraumatizado hospitalizado en la unidad de Trauma Shock. Comprende: Comunicación efectiva y solidaridad.</p>	<p>2.1.-Comunicación efectiva: Se refiere a las acciones que ejecuta el profesional de Enfermería durante el contacto con el paciente politraumatizado hospitalizado en la unidad de Trauma Shock. Comprende: Escucha atenta, contacto visual, contacto kinestésico, explicar el procedimiento a realizar, explicar sobre normativa de visita de familiares, explica sobre exámenes de rutina, explica sobre exámenes especiales, utiliza vocabulario adecuado con el paciente, utiliza tono de voz acorde con el paciente politraumatizado.</p>	-Escucha atenta	11
		-Contacto visual (Mirar directamente a los ojos del paciente)	12
		-Contacto kinestésico	13
		-Explica el procedimiento a realizar	14
		-Explica sobre normativa de visita de familiares	15
		-Explica sobre exámenes de rutina	16
		-Explica sobre exámenes especiales	17
		-Utiliza vocabulario sencillo con el paciente	18
		-Utiliza tono de voz adecuado	19

	<p>2.2 Solidaridad: Se refiere al apoyo incondicional que brinda el Profesional de Enfermería durante el cuidado humanizado al paciente politraumatizado. Comprende: proporcionar apoyo emocional, respetar los derechos del paciente.</p>	<p>con el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Proporciona apoyo emocional al paciente politraumatizado -Respetar los derechos del paciente politraumatizado. 	<p>20</p> <p>21</p>
--	---	--	---------------------

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

En el presente capítulo se describen el diseño y tipo de investigación, la población y muestra, el instrumento de recolección de la información, su validación y confiabilidad, procedimiento para recolectar la información y las técnicas de análisis estadísticos.

1.- Diseño de investigación:

Según Palella, S. y Martins, F. (2006) la investigación no experimental es “aquella que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable” adicional acota que “se observan los hechos tal y como se presentan en su contenido real y en el tiempo determinado o no, para luego analizarla”. (pág.96).

Los mismos autores definen la investigación de corte transversal como “la que se ocupa de recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único” (pág.104).

El proyecto de investigación “Actitud asumida por el profesional de Enfermería y el cuidado humanizado al paciente politraumatizado”, según su profundidad es una investigación no experimental de corte transversal ya que se observan los hechos tal y como se presentan en su contexto real, para luego analizarlos.

2.- Tipo de investigación:

Arias, F. (2006) refiere que “la finalidad de la investigación correlacional es determinar el grado de relación o asociación (no causal) existente entre dos o más variables” (pág. 25).

Según Ary, Jacobs y Razavieh (1989, pág. 318) citado por Arias, F. (2006) señalan que “Los estudios correlacionales son un tipo de investigación descriptiva que trata de determinar el grado de relación existente entre las variables” (pág.26).

Según Ramírez, (citado por Palella, S. y Martins, F. 2.006) señalan que “la investigación de campo consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variables”, en este ámbito no se manipula variables dado que pudiera alterarse el hecho y presentar hallazgos erróneos, por lo cual la información se obtiene a través de la aplicación de técnicas de recolección de datos.

Según Pallela, S. y Martins.F. (2.006) define al estudio de descriptivo como aquella investigación que “pretende interpretar realidades de hecho. Incluye descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual” (pág 102)

Según la naturaleza de los objetivos, la presente investigación es de tipo correlacional, debido a que persigue medir el grado de relación existente entre las variables. Según el lugar es de campo porque se estudia el fenómeno en el contexto real. Y es descriptiva porque analiza e interpreta el fenómeno actual.

3.- Población:

Según Palella, S. y Martins, F. (2006). Define población como “el conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar conclusiones”. (pág. 115). Para efectos de la investigación el universo está constituido por sesenta (60) profesionales de Enfermería que laboran en la Clínica Docente Los Jarales.

4.- Muestra:

Según Arias, F. (2006). La muestra es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible. (pág.83). por ser una población restringida, para efectos de la investigación estuvo conformada por treinta (30) profesionales de Enfermería seleccionados por muestreo no probabilístico intencionado del 50% de la población, que según Palella, S. y Martins, F. (2.006) define “el investigador establece previamente los criterios para seleccionar las unidades de análisis, las cuales reciben el nombre de tipo”.

La muestra cumplió con los siguientes criterios de inclusión: TSU, Licenciada o Magister en enfermería, que realice acciones de atención directa, que desee participar libremente y se encuentre trabajando en el servicio de trauma shock.

5.-Instrumentos de recolección de datos:

Para recolectar la información se realizó una escala de valoración que según Palella, S. y Martins, F (2.006) define como “aquellas que presentan grados de intensidad para jerarquizar las características señaladas, dándole un valor al hacer y no al opinar”, en esta investigación que consto de dos partes: la primera referida a los datos sociodemográficos: sexo, edad, grado de instrucción, años de servicio y turno de jornada laboral; la segunda parte estructurada por 20 ítems que midieron factor n°1 componente afectivo los ítems del 1 al 11 y que computaron el factor n°2 componente conductual los ítems del 12 al 20. Esta escala midió la primera variable de esta investigación, utilizándose la escala de Likert con cinco alternativas: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca. Según Palella, S, y Martins, F. (2.006) refiere: “consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a quienes se administran”.

La segunda variable de esta investigación fue medida mediante una escala de observación con escala dicotómica: Si/No. Según Palella, S. y Martins, F. (2.006) refieren que “la observación es el uso sistemático de nuestros sentidos orientados a la captación de la realidad que se estudia”. (pág.126)

5.1.- Validez del instrumento: se refiere según Palella, S. y Martins, F. (2.006) “como la ausencia de sesgos, representa la relación entre lo que se mide y aquello que realmente se quiere medir”. Para obtener la validez se realizó mediante el docente de la asignatura Seminario de Investigación III, el tutor y los estudiantes del programa Cuidado Integral al Adulto Criticamente Enfermo, cuyas sugerencias fueron consideradas para mejorar la redacción y claridad de los ítems.

5.2.- Confiabilidad del instrumento: se define según Palella, S. y Martins, F. (2.006) “como la ausencia de error aleatorio en un instrumento de recolección de datos”. Para la investigación se aplicó previamente una prueba piloto a 10 profesionales de Enfermería en la clínica Valles de San Diego, las cuales cumplían los requisitos exigidos para los elementos muestrales que participarían en la investigación. Se aplicó la prueba de correlación Alpha de Cronbach habiéndose obtenido un resultado estadístico significativo de 0,898 para la primera variable: Actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado. Para la segunda variable: Cuidado humanizado al paciente politraumatizado. Se le realizó el análisis estadístico mediante el coeficiente KR20 arrojando una confiabilidad de 0,925. Para Palella, S. y Martins, F. (2.006) refieren que en la medida el resultado se aproxima a 1, asegura una alta confiabilidad.

6.- Procedimientos para la Recolección de Datos

Se realizó los trámites administrativos pertinentes a nivel institucional con la finalidad de solicitar el permiso de las autoridades competentes. Entre estos trámites incluyen: Solicitud por escrito al Director Médico de la Institución; solicitud por escrito a la Jefa del Departamento de Enfermería. Adicional se solicitó consentimiento informado a la muestra.

7.-Técnica de análisis de los datos:

El análisis de los datos concierne con la interpretación de los mismos que realiza el investigador con el soporte de la estadística. Según Palella, S. y Martins, F. (2006) refieren que “permite hacer suposiciones e interpretaciones sobre la naturaleza y significación de aquellos en atención a los distintos tipos de información que puedan proporcionar”. Entre los procedimientos estadísticos se encuentran la estadística descriptiva la cual incluye los métodos de recopilación, organización, presentación e interpretación de un grupo de datos.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

A continuación se presentan los resultados de la presente investigación para dar respuesta a las hipótesis planteadas. Este capítulo está constituido por la presentación de los resultados, el análisis y la interpretación de la información.

1) PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

A continuación se dan a conocer los resultados de la investigación. Para ello se realizó el procesamiento de la información comenzando por mostrar las características demográficas y sociolaborales del grupo de enfermería investigado. Luego, se obtuvo el valor medio de ocurrencia y de cumplimiento, partiendo según las escalas aplicadas a los factores y variables. Según el valor promedio obtenido, en cada factor y variable, los resultados fueron agrupados en tres categorías de niveles de ocurrencia: BAJA (NUNCA y CASI NUNCA); MEDIA (A VECES) y ALTA (CASI SIEMPRE y SIEMPRE), que corresponden respectivamente a los siguientes intervalos de los valores medios: 1 – 2,4; 2,5 – 3,5 y 3,6 a 5; y en la escala de observación del cumplimiento en: NINGÚN (0 – 0,5), MEDIO (0,6 -1,5) y ALTO (1,6 – 2), dado que hubo dos observaciones, dando valor de cero (0) si no cumple en ninguna de las dos; uno (si cumple una vez de las dos) y dos si cumple las dos veces; y luego se obtuvo el valor medio para personal de enfermería y categorizado en la forma de niveles ya explicados.

Los resultados de las relaciones establecidas se muestran en cuadros de asociación, donde se cruzaron los factores y variables en estudio de acuerdo a los tres niveles.

Para complementar el análisis de la información presentada, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, para medir la fuerza de la asociación, el cual se computó con los valores medios de ocurrencia y no con las categorías.

El porcentaje de significación es de menos de 5% ($P \leq 0,05$) para la comprobación de la relación significativa o no, según las asociaciones establecidas a fin de verificar las hipótesis de la investigación.

La información presentada, según lo explicado anteriormente, se expresan también en gráficas estadísticas correspondientes a cada tipo de información.

2.- ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.

A continuación se presentan las características sociodemográficas de la muestra participante en la presente investigación. Asimismo, se muestra la distribución del personal de enfermería según respuestas consolidadas a los ítems de cada uno de los factores que conforman las variables del estudio

TABLA 1

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN EDAD
CLÍNICA DOCENTE “LOS JARALES” SAN DIEGO. ENERO, 2018.

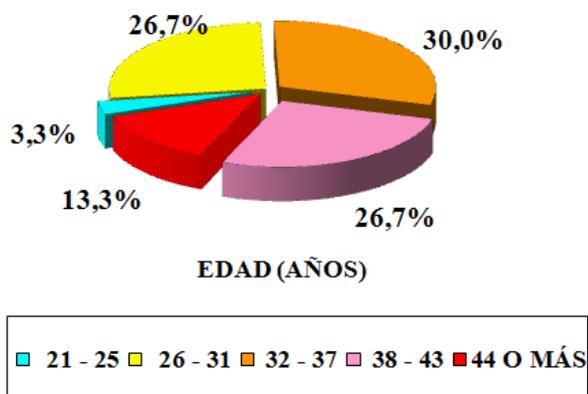
EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA (%)
21 – 25	1 (3,3)
26 - 31	8 (26,7)
32 – 37	9 (30,0)
38 – 43	8 (26,7)
44 O MÁS	4 (13,3)
TOTAL	30 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

De los treinta miembros del personal de enfermería, un 30% tenía una edad comprendida entre 32 a 37 años, mientras que entre 26 a 31, así como de 38 a 43 años, presentaron la misma proporción de 26,7%, mientras con 44 o más hubo un 13,3% del grupo, y entre 21 a 25 años sólo hubo un 3,3%.

GRAFICO 1

**ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL
CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
CLINICA DOCENTE LOS JARALES SAN DIEGO, ENERO 2.018.
DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN CUANTO A
EDAD**



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2.018)

TABLA 2

**ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN SEXO
CLÍNICA DOCENTE “LOS JARALES” SAN DIEGO. ENERO, 2018.**

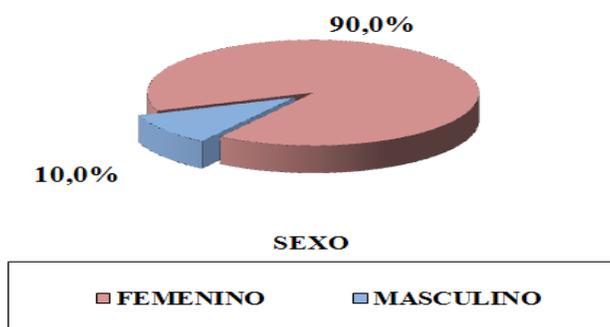
SEXO	FRECUENCIA (%)
FEMENINO	27 (90,0)
MASCULINO	3 (10,0)
TOTAL	30 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

De los treinta miembros del personal investigado, una mayoría del 90,0% es del sexo femenino y el 10,0% del sexo masculino.

GRAFICO 2

**ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL
CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
CLINICA DOCENTE LOS JARALES SAN DIEGO, ENERO 2.018.
DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN SEXO**



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2.018)

TABLA 3

**ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
SEGÚN NIVEL ACADÉMICO EN ENFERMERÍA
CLÍNICA DOCENTE “LOS JARALES” SAN DIEGO. ENERO, 2018.**

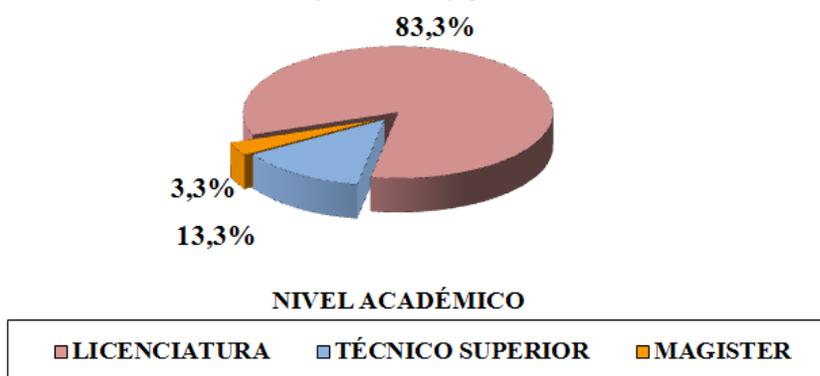
NIVEL ACADÉMICO EN ENFERMERÍA	FRECUENCIA (%)
LICENCIATURA	25 (83,3)
TÉCNICO SUPERIOR	4 (13,3)
MAGISTER	1 (3,3)
TOTAL	30 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

El 83,3% tiene nivel académico en enfermería correspondiente a Licenciatura, 12,3% a Técnico Superior y el restante 3,3% Magister.

GRAFICO 3

**ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL
CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
CLINICA DOCENTE LOS JARALES SAN DIEGO, ENERO 2.018.
DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN NIVEL
ACADEMICO**



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2.018)

TABLA 4

**ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK
CLÍNICA DOCENTE “LOS JARALES” SAN DIEGO. ENERO, 2018.**

ANTIGÜEDAD EN LA UNIDAD (AÑOS)	FRECUENCIA (%)
1 – 3	15 (50,0)
4 – 6	8 (26,7)
7 O MÁS	7 (23,3)
TOTAL	30 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

En los treinta miembros del personal de enfermería, se consiguió que un 50,0% tenía una antigüedad entre 1 y 3 años, mientras que entre 4 y 6 años fueron el 26,7% del grupo y entre 7 años o más un 23,3%.

GRAFICO 4

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO CLINICA DOCENTE LOS JARALES SAN DIEGO, ENERO 2.018. DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN ANTIGÜEDAD EN LA UNIDAD DE TRAUMA SHOCK



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUAREZ, 2.018)

TABLA 5

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN TURNO LABORAL CLÍNICA DOCENTE “LOS JARALES” SAN DIEGO. ENERO, 2018.

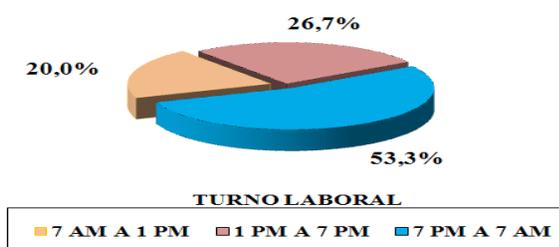
TURNO LABORAL	FRECUENCIA (%)
7 AM A 1 PM	6 (20,0)
1 PM A 7 PM	8 (26,7)
7 PM A 7 AM	16 (53,3)
TOTAL	30 (100,0)

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

El 53,3% del grupo se desempeñan en el turno de la noche (7/7) mientras que en el turno de mañana (7/1) es el 20,0% del grupo investigado, siendo en la tarde (1/7) el 26,7% del personal de la Unidad.

GRAFICO 5

**ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL
CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
CLINICA DOCENTE LOS JARALES SAN DIEGO, ENERO 2.018.
DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN TURNO
LABORAL**



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2.018)

TABLA 6

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN
RESPUESTAS CONSOLIDADAS A LOS ÍTEMS DEL
FACTOR COMPONENTE AFECTIVO Y OBSERVACIÓN DEL
FACTOR CUMPLIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA
CLÍNICA DOCENTE “LOS JARALES” SAN DIEGO. ENERO, 2018.

<i>NIVEL DE OCURRENCIA COMPONENTE AFECTIVO</i>	<i>NIVEL DE CUMPLIMIENTO INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA</i>			TOTAL (%)
	NINGUNO	MEDIO	ALTO	
	F (%)*	F (%)*	F (%)*	
BAJA	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	6 (20,0)
MEDIA	3 (30,0)	5 (50,0)	2 (20,0)	10 (33,3)
ALTA	1 (7,1)	4 (28,6)	9 (64,3)	14 (46,7)
TOTAL	6 (20,0)	11 (36,7)	13 (43,3)	30 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,423 (P < 0,02) SIGNIFICATIVO
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

La mayor frecuencia del personal de enfermería fue, con respecto al factor COMPONENTE AFECTIVO (CA), en el nivel de ALTA ocurrencia con un porcentaje del 46,7% del grupo, seguido por el nivel de MEDIA ocurrencia con 33,3%, y de 20,0% para el nivel de BAJA ocurrencia. En el factor CUMPLIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA (IT), la mayoría respondió en ALTA ocurrencia con 43,3%, luego ocurrencia MEDIA con 36,79% y en BAJA con 20,0%.

Al observar la relación entre los niveles de ocurrencia de los factores CA e IT respectivamente, se determinó, como se muestra en la tabla 6, que en el nivel de ocurrencia BAJA del factor CA se determinó que es igual los porcentajes de BAJA, MEDIA y ALTA ocurrencia del factor IT al presentar cada nivel un 33,3%.

En el nivel de ocurrencia MEDIA del factor CA predomina el nivel de MEDIA ocurrencia del factor IT con un 50,0%, a continuación el nivel de BAJA ocurrencia del CIT con 30,0% y con un 20,0% para finalizar en el nivel de ALTA ocurrencia con 20,0%.

Para ALTA ocurrencia del factor CA, en el factor IT hay predominio de ALTA ocurrencia de IT con 64,3% y los restantes porcentajes 28,6% y 7,1% se ubicaron respectivamente en los niveles MEDIO y BAJO de IT.

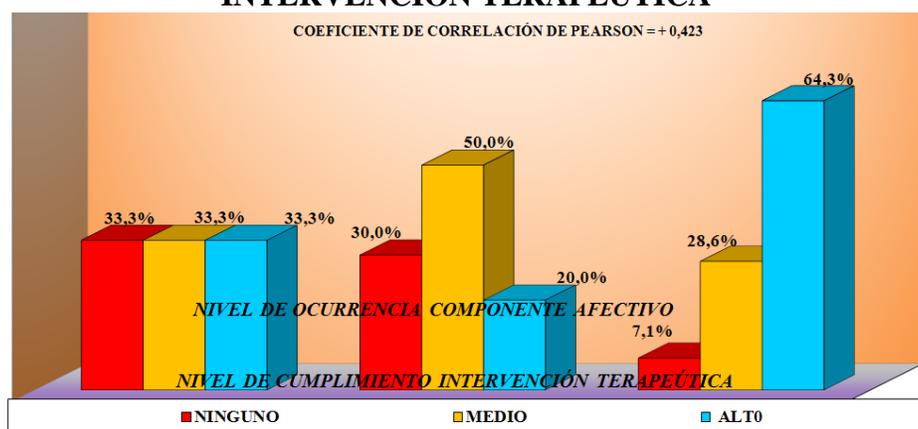
Como se puede apreciar, hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores una variabilidad de incremento, en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla 6, de izquierda a derecha en sentido ascendente (33,3%; 50,0% y 64,3%), lo que determina que a una mayor ocurrencia del CA por parte del grupo de enfermería expresado en este aspecto, se da una mayor ocurrencia de las IT del personal investigado.

Lo anterior, es confirmado por el signo positivo del coeficiente de correlación de Pearson, que expresa cuantitativamente la fuerza de la asociación de los valores medios, de acuerdo a las

respuestas a los ítems y observaciones realizadas, agrupadas por los factores constituidos. El valor del coeficiente de correlación es de + 0,423, presentándose con significación estadística ($P < 0,02$), lo que da a entender que hay una asociación significativa entre la ocurrencia de CA y IT en el grupo. Por lo tanto, hay una relación significativa en la manera como varía de la ocurrencia y cumplimiento de dichos factores conjuntamente.

GRAFICO 6

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO CLINICA DOCENTE LOS JARALES SAN DIEGO, ENERO 2018. DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN RESPUESTAS CONSOLIDADAS A LOS ÍTEMES DEL FACTOR COMPONENTE AFECTIVO Y OBSERVACION DEL FACTOR CUMPLIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

TABLA 7

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN
RESPUESTAS CONSOLIDADAS A LOS ÍTEMS DEL
**FACTOR COMPONENTE AFECTIVO Y OBSERVACIÓN DEL
FACTOR CUMPLIMIENTO DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL**
CLÍNICA DOCENTE “LOS JARALES” SAN DIEGO. ENERO, 2018.

<i>NIVEL DE OCURRENCIA COMPONENTE AFECTIVO</i>	<i>NIVEL DE CUMPLIMIENTO RELACIÓN INTERPERSONAL</i>			TOTAL (%)
	NINGUNO F (%)*	MEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	
BAJA	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	6 (20,0)
MEDIA	2 (20,0)	4 (40,0)	4 (40,0)	10 (33,3)
ALTA	0 (0,0)	2 (14,3)	12 (85,7)	14 (46,7)
TOTAL	3 (10,0)	9 (30,0)	18 (60,0)	30 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,547 (P < 0,003) SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

La mayor frecuencia del personal de enfermería fue, con respecto al factor COMPONENTE AFECTIVO (CA), en el nivel de ALTA ocurrencia con un porcentaje del 46,7% del grupo, seguido por el nivel de MEDIA ocurrencia con 33,3%, y de 20,0% para el nivel de BAJA ocurrencia.

La mayor frecuencia del personal de enfermería fue, con respecto al factor RELACIONES INTERPERSONALES (RI), donde la mayoría respondió en ALTO CUMPLIMIENTO con 60,0%, luego el cumplimiento MEDIO con 30,0% y finaliza NINGÚN con 10,0%.

Al observar la relación entre los niveles de ocurrencia de los factores CA y RI respectivamente, se determinó, como se muestra en la tabla 7, que en el nivel de ocurrencia BAJA del factor CA se determinó que es mayoritario el porcentaje correspondiente al nivel de cumplimiento MEDIO del factor RI con un 50,0%, quedando el 33,3% para el nivel de cumplimiento ALTO y un 16,7% para NINGÚN cumplimiento.

En el nivel de ocurrencia MEDIA del factor CA predomina por igual los niveles de cumplimiento MEDIO y ALTO de RI, correspondiendo a NINGÚN cumplimiento a del factor RI.

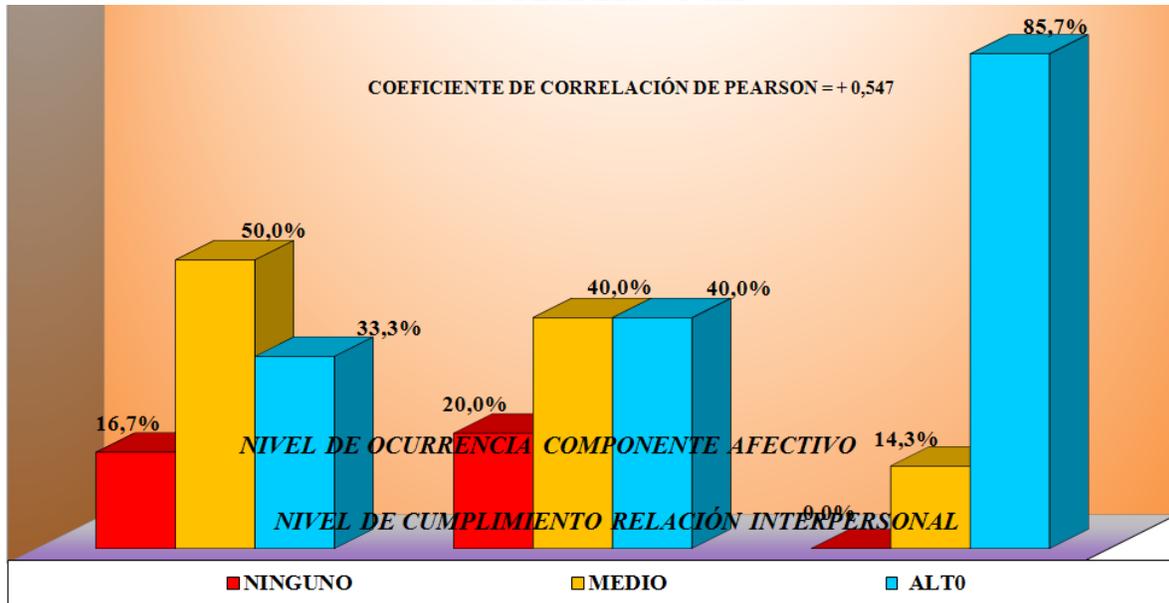
Para ALTA ocurrencia del factor CA, en el factor RI hay predominio de la categoría de ALTO cumplimiento al ser 85,7%, siendo para el nivel MEDIO el 14,3%.

Tal como se puede visualizar, se da una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores una variabilidad de incremento, en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla 7, de izquierda a derecha en sentido ascendente (16,7%; 40,0% y 85,7%), que determina que a una mayor ocurrencia de CA por parte del grupo investigado que se traduce en un cumplimiento mayor de las RI.

Lo anterior, es confirmado por el signo positivo del coeficiente de correlación de Pearson, que expresa cuantitativamente la fuerza de la asociación de los valores medios, de acuerdo a las respuestas y observaciones de los ítems agrupados por los factores constituidos. El valor del coeficiente de correlación es de + 0,547, presentándose con significación estadística ($P < 0,003$), lo que da a entender que hay una asociación significativa entre la ocurrencia de CA y las RI en el grupo. Por lo tanto, hay una relación significativa en la manera como varía de la ocurrencia y cumplimiento de dichos factores conjuntamente.

GRAFICO 7

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO CLINICA DOCENTE LOS JARALES SAN DIEGO, ENERO 2018. DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN RESPUESTAS CONSOLIDADAS A LOS ITEMS DEL FACTOR COMPONENTE AFECTIVO Y OBSERVACION DEL FACTOR CUMPLIMIENTO DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

TABLA 8

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN
RESPUESTAS CONSOLIDADAS A LOS ÍTEMS DEL
**FACTOR COMPONENTE CONDUCTUAL Y OBSERVACIÓN DEL
FACTOR CUMPLIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA**
CLÍNICA DOCENTE “LOS JARALES” SAN DIEGO. ENERO, 2018.

<i>NIVEL DE OCURRENCIA COMPONENTE CONDUCTUAL</i>	<i>NIVEL DE CUMPLIMIENTO INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA</i>			TOTAL (%)
	NINGUNO F (%)*	MEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	
BAJA	3 (50,0)	0 (0,0)	3 (50,0)	6 (20,0)
MEDIA	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)	6 (20,0)
ALTA	2 (11,1)	9 (50,0)	7 (38,9)	18 (60,0)
TOTAL	6 (20,0)	11 (36,7)	13 (43,3)	30 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = - 0,380 (P < 0,04) SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018).

La mayor frecuencia del personal de enfermería fue, con respecto al factor COMPONENTE CONDUCTUAL (CC), corresponde a ALTA ocurrencia con 60,0%, siguen ocurrencias MEDIA y BAJA con igual 20,0%.

Al observar la relación entre los niveles de ocurrencia de los factores CC e IT respectivamente, se determinó, como se ve en la tabla 8, que en el nivel de ocurrencia BAJA del factor CC son iguales los porcentajes correspondientes (50,0%) a los cumplimientos NINGUNO y ALTO del factor IT.

En el nivel de ocurrencia MEDIA del factor CC predomina el cumplimiento ALTO del factor IT con 50,0%, luego el nivel MEDIO con 33,3% y finaliza NINGÚN cumplimiento de IT con 16,7%.

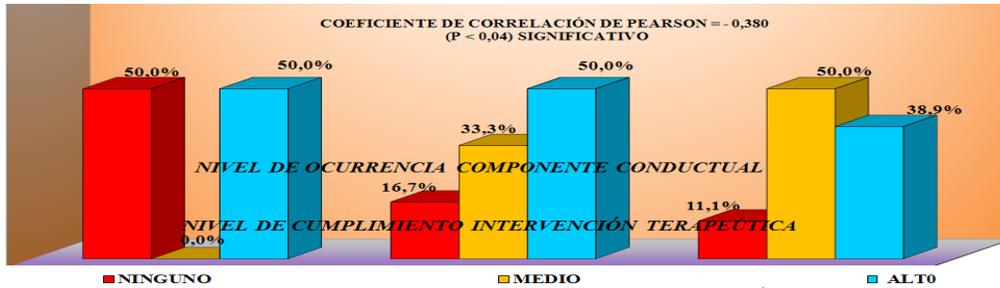
Para ALTA ocurrencia del factor CC, en el factor IT hay predominio de cumplimiento MEDIO del factor IT con 50,0%, sigue cumplimiento ALTO con 38,9% y el restante 11,1% le corresponde al nivel de NINGÚN cumplimiento.

Se dio una tendencia a establecer en la relación de ambos factores una disminución en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla, de izquierda a derecha en sentido descendente (50,0%; 33,3%) y un ligero incremento a 38,9%, que determina que a una mayor ocurrencia de CC expresado en este aspecto, no se produce una mayor ocurrencia importante que destacar de las IT.

Aparece el signo negativo del coeficiente de correlación de Pearson, que expresa cuantitativamente la fuerza de la asociación de los valores medios, de acuerdo a las respuestas a los ítems agrupados por los factores constituido de los factores CC e IT, del coeficiente de correlación que fue de - 0,380, presentándose con significación estadística ($P < 0,04$), lo que da a entender que hay una asociación significativa de carácter negativo entre la ocurrencia de CC y el cumplimiento de la IT. Por lo tanto, aunque hay una relación significativa en la manera como varia la ocurrencia y cumplimiento de dichos factores conjuntamente, parece ser que un incremento del CC no propicia positivamente un aumento de la IT.

GRAFICO 8

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO CLINICA DOCENTE LOS JARALES SAN DIEGO, ENERO 2018. DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN RESPUESTAS CONSOLIDADAS A LOS ITEMS DEL FACTOR COMPONENTE CONDUCTUAL Y OBSERVACION DEL FACTOR CUMPLIMIENTO DE INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2.018)

TABLA 9

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN
RESPUESTAS CONSOLIDADAS A LOS ÍTEMS DEL
**FACTOR COMPONENTE CONDUCTUAL Y OBSERVACIÓN DEL
FACTOR CUMPLIMIENTO DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL**
CLÍNICA DOCENTE “LOS JARALES” SAN DIEGO. ENERO, 2018.

<i>NIVEL DE OCURRENCIA</i> <i>COMPONENTE CONDUCTUAL</i>	<i>NIVEL DE CUMPLIMIENTO</i> <i>RELACIÓN INTERPERSONAL</i>			TOTAL (%)
	NINGUNO F (%)*	MEDIO F (%)*	ALTO F (%)*	
BAJA	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	6 (20,0)
MEDIA	1 (16,7)	5 (83,3)	0 (0,0)	6 (20,0)
ALTA	1 (5,5)	1 (5,5)	16 (88,9)	18 (60,0)
TOTAL	3 (10,0)	9 (30,0)	18 (60,0)	30 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,561 (P < 0,001) SIGNIFICATIVO
FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

La mayor frecuencia del personal de enfermería fue, con respecto al factor COMPONENTE CONDUCTUAL (CC), corresponde a ALTA ocurrencia con 60,0%, siguen ocurrencias MEDIA y BAJA con igual 20,0%.

En el factor RELACIÓN INTERPERSONAL la mayoría respondió en ALTA ocurrencia con 60,0%, luego ocurrencia MEDIA con 30,0% y en BAJA con 10,0%.

Al observar la relación entre los niveles de ocurrencia de los factores CC y RI, la mayor frecuencia del personal de enfermería fue, con respecto al factor CC en el nivel de cumplimiento

MEDIO del factor RI, fue con porcentaje del 50,0% del grupo, seguido por el nivel de ALTO cumplimiento con 33,3%, y de 16,7% para el nivel de NINGÚN cumplimiento de RI.

En el nivel de ocurrencia MEDIA del factor CC predomina el nivel de cumplimiento MEDIO de RI con valor porcentual de 83,3%, siendo el 16,7% para el nivel de NINGÚN cumplimiento en la RI.

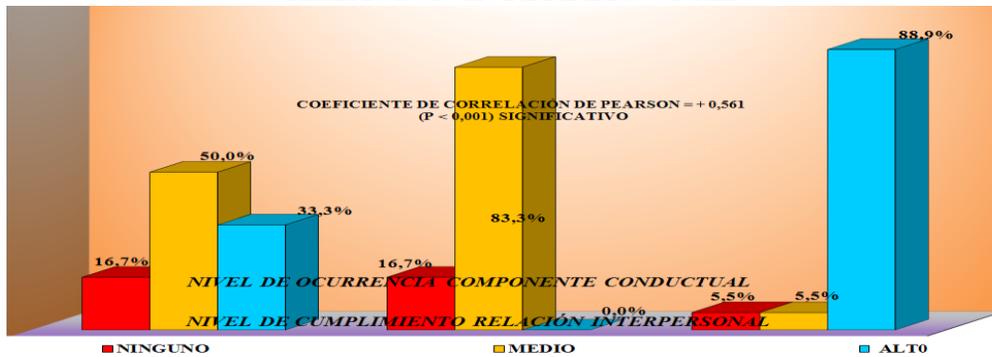
Para ALTA ocurrencia del factor CC, en el factor RI hay predominio de cumplimiento ALTO con 88,9% y con 5,5% aparecen las restantes categorías de cumplimientos NINGÚN y MEDIO.

Se puede apreciar, que hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores una variabilidad de incremento, en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla 9, de izquierda a derecha en sentido descendente (16,7%; 83,3% y 88,9%), por lo que se puede afirmar que a una mayor ocurrencia de CC por parte del grupo de enfermería, se da una mayor ocurrencia y cumplimiento entre la CC e RI.

De manera tal, en la relación antes establecida dio signo positivo para coeficiente de correlación de Pearson, que expresa cuantitativamente la fuerza de la asociación de los valores medios, de acuerdo a las respuestas a los ítems agrupados por ocurrencia y observación de los factores constituidos. El valor del coeficiente de correlación es de + 0,561, presentándose con significación estadística ($P < 0,001$), lo que da a entender que hay una asociación significativa entre la ocurrencia de la CC y la RI en el grupo. Por lo tanto, hay una relación significativa de la forma como varía la ocurrencia y el cumplimiento de dichos factores conjuntamente.

GRAFICO 9

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO CLINICA DOCENTE LOS JARALES SAN DIEGO, ENERO 2018. DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN RESPUESTAS CONSOLIDADAS A LOS ITEMS DEL FACTOR COMPONENTE CONDUCTUAL Y OBSERVACION DEL FACTOR CUMPLIMIENTO DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

TABLA 10

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA
 EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO
 DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
 SEGÚN VARIABLES INVESTIGADAS
 CLÍNICA DOCENTE “LOS JARALES” SAN DIEGO. ENERO, 2018.

<i>ACTITUD ASUMIDA</i>	<i>CUIDADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO</i>			TOTAL (%)
	NINGUNO	MEDIO	ALTO	
	F (%)*	F (%)*	F (%)*	
BAJA	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (6,7)
MEDIA	3 (42,9)	4 (57,1)	0 (0,0)	7 (23,3)
ALTA	1 (4,7)	5 (23,8)	15 (71,4)	21 (70,0)
TOTAL	4 (13,3)	11 (36,7)	15 (50,0)	30 (100,0)

* PORCENTAJES INTERNOS EN RELACIÓN A SUBTOTALES HORIZONTALES.
 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON = + 0,499 (P < 0,005) SIGNIFICATIVO

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

La mayor frecuencia del personal de enfermería fue, con respecto a la variable ACTITUD ASUMIDA (AA), FUE en el nivel de ALTA ocurrencia con un porcentaje del 70,0% del grupo, seguido por el nivel de MEDIA ocurrencia con 23,3%, y de 6,7% para el nivel de BAJA ocurrencia. En la variable CUIDADO HUMANIZADO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO (CHPP) fue en el cumplimiento ALTO con 50,0% de representación del grupo investigado, sigue el nivel MEDIO de cumplimiento con 36,7% y, por último, el nivel de NINGÚN cumplimiento con 13,3%.

Al observar la relación entre los niveles de ocurrencia de las variables AA y CHPP respectivamente, se determinó, como se muestra en la tabla 10, que en el nivel de cumplimiento MEDIO fue total (100,0%).

En el nivel de ocurrencia MEDIA de la variable AA predomina el nivel de cumplimiento MEDIO de la variable CHPP con un 57,1%, y el restante 42,9% correspondió a NINGÚN cumplimiento.

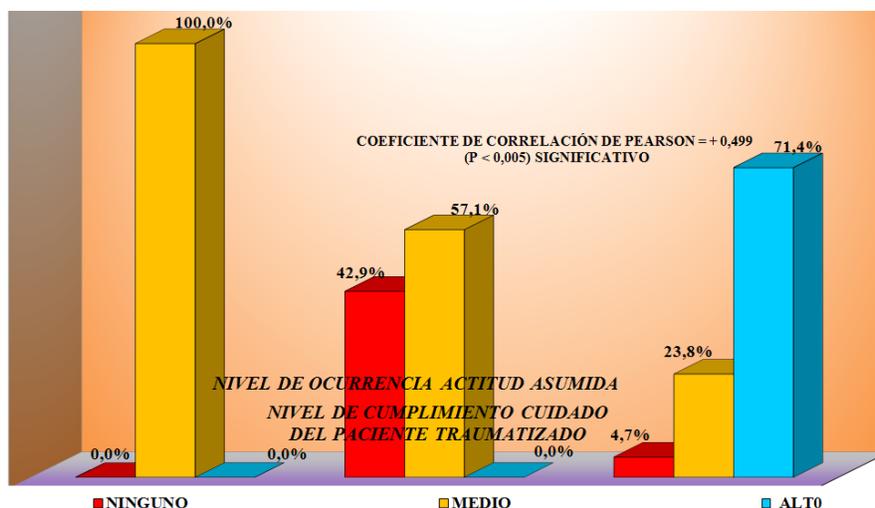
Para ALTA ocurrencia de la variable AA, hay predominio de ALTO cumplimiento del CHPP con 71,4%, siendo en el nivel MEDIO de 23,8% y de 4,7% NINGÚN cumplimiento.

Como se puede apreciar, hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambas variables incrementos en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla 10, de izquierda a derecha en sentido ascendente (0,0%; 57,1% y 71,4%), lo que determina que a una mayor ocurrencia de la AA por parte del grupo investigado, habrá un mayor CHPP.

Lo anterior, es confirmado por el signo positivo del coeficiente de correlación de Pearson, que expresa cuantitativamente la fuerza de la asociación de los valores medios, de acuerdo a las respuestas a los ítems y observaciones realizadas, agrupadas por las variables. El valor del coeficiente de correlación es de + 0,499, presentándose con significación estadística ($P < 0,005$), lo que da a entender que hay una asociación significativa entre la ocurrencia de AA y el CHPP. Por lo tanto, hay una relación significativa en la manera como varía de la ocurrencia y el cumplimiento tales variables.

GRAFICO 10

ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO CLINICA DOCENTE LOS JARALES SAN DIEGO, ENERO 2018. DISTRIBUCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SEGÚN VARIABLES INVESTIGADAS



FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO (SUÁREZ, 2018)

3. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se procedió a la interpretación de la información recolectada utilizando algunas ideas de teóricos relacionados con cada uno de los factores de la presente investigación, para lo cual se inicia con las características socio demográficas de los participantes del estudio.

3.1.-Características Sociodemográficas

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede apreciar que la muestra investigada se caracteriza por la adultez media con edades entre 32 y 37 años. En lo que se refiere al género la mayoría de los profesionales estudiados con un 90% son del sexo femenino. Referido al nivel

académico un 83,3% eran licenciados en Enfermería, con una antigüedad en la unidad de 1-3 años lo que podría considerarse una debilidad debido al complejo manejo que requieren las áreas especializadas donde se brinda cuidado a los adultos críticamente enfermos; así mismo la mayoría de los profesionales encuestados pertenecen al turno nocturno representado por un 53.3%.

En conclusión se estima que las características de la muestra se destacan por ser licenciados en enfermería, en edad adulta, con poco tiempo en el área y en su mayoría laboran en el turno nocturno.

3.2.- Hipótesis específica N° 1.

De acuerdo a los resultados expresados en la tabla y gráfico 6, se comprueba que existe relación estadísticamente significativa entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente afectivo y el cuidado humanizado que este ofrece referente a: dimensión intervención terapéutica.

En este sentido se afirma que los profesionales de enfermería que laboran en Clínica Docente los Jarales alcanzan una alta ocurrencia con un porcentaje del 46,7% del grupo en el factor componente afectivo y en el factor cumplimiento de la intervención terapéutica, la mayoría respondió en alta ocurrencia con 43,3%. Entre ambos factores incluye la escucha atenta, la respuesta de los (as) enfermeros(as) ante las interrogantes del paciente politraumatizado, la comprensión de reacciones en el paciente y las intervenciones independientes que éste le realiza al paciente tales como el baño en cama, la fisioterapia respiratoria y la administración de tratamiento; es decir que a medida que aumenta el componente afectivo se brinda un eficiente

cuidado, que según Heidegger (citado por Álamo, M. 2.011) el cuidado es “una actitud fundamental, un modo-de-ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud”.

En este sentido Potter y Perry (2.003) refiere que “una actitud es un estado mental de preparación organizado, mediante la experiencia que ejerce una influencia específica sobre la respuesta que da una persona a la gente, los objetos y las situaciones con que se reacciona”. (Pag.37). Además Gimeno, M. (2.017) al referirse a la escucha atenta refiere “ser aquella escucha por la cual captamos el mensaje de nuestro interlocutor sin prejuicios, poniéndonos en su papel, apoyándole y aprendiendo de su experiencia. Oímos con la intención de comprender sus sentimientos y apreciamos su punto de vista”.

Con lo referido anteriormente se enaltece que la empatía y sensibilidad presente en los profesionales de Enfermería perfecciona el cuidado humanizado brindado en su componente intervención terapéutica, comprobándose la hipótesis específica 1.

3.3.- Hipótesis específica N°2

En la tabla y grafico 7, se comprueba que existe relación estadísticamente significativa entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente afectivo y el cuidado humanizado que este ofrece referente a: dimensión relación interpersonal. En el cual la mayor frecuencia del personal de enfermería fue, con respecto al factor componente afectivo en el nivel de alta ocurrencia con un porcentaje del 46,7% y con respecto al factor relaciones interpersonales donde la mayoría respondió en alto cumplimiento con 60,0%. Entre ambos factores la empatía y sensibilidad; la comunicación efectiva y solidaridad.

Según Escobar, D. (2004) vincula “el cuidar como lo que habitualmente hace la enfermera. Las acciones pueden ser específicas: escuchar atentamente, educar al paciente, abogar por el, tocarlo, estar allí y la competencia técnica. Incluye, todas las técnicas, procedimientos e intervenciones que favorecen o asisten al paciente. Exige conocimiento, habilidad y congruencia entre las acciones de la enfermera y la percepción de necesidad del paciente.” (pag.57).

En este sentido, los profesionales de Enfermería de Clínica Docente Los Jarales asumen una actitud desde el enfoque del componente afectivo, es frecuente una escucha atenta, le responden a los pacientes críticamente enfermos sus interrogantes, comprenden los sentimientos del mismo, además que mantienen un contacto visual, le brindan un contacto kinestésico, le explican los procedimientos y normativas, inclusive utilizan un vocabulario sencillo y el tono de voz adecuado con el paciente politraumatizado, obteniendo un cuidado humanizado desde su dimensión intervención terapéutica apropiado. Aprobándose la hipótesis específica 2.

3.4.- Hipótesis específica N°3

De acuerdo a los resultados observados en la tabla y gráfico 8, hay una asociación significativa de carácter negativo entre la ocurrencia de componente conductual y el cumplimiento de la intervención terapéutica. Por ende, aunque hay una relación significativa en la manera como varía la ocurrencia y cumplimiento de dichos factores conjuntamente, parece ser que un incremento del componente conductual no propicia positivamente un aumento de la intervención terapéutica, es decir existe una relación estadísticamente significativa entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente conductual y el cuidado humanizado que este ofrece referente a: dimensión intervención terapéutica. . A pesar de tender al negativo, se aprueba la hipótesis específica 3.

3.5.- Hipótesis específica N°4

Con respecto a los resultados observados en la tabla y gráfico 9 se confirma la hipótesis específica 4 debido a que existe relación estadísticamente significativa entre la actitud asumida por el profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado referida a: Componente conductual y el cuidado humanizado que este ofrece referente a: dimensión relación interpersonal. Se puede apreciar, que hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambos factores una variabilidad de incremento, en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla 9, de izquierda a derecha en sentido descendente (16,7%; 83,3% y 88,9%), por lo que se puede afirmar que a una mayor ocurrencia del componente conductual por parte del grupo de enfermería, se da una mayor ocurrencia y cumplimiento entre el componente conductual y la relación interpersonal; entre ambos factores se encuentran el respeto hacia el paciente politraumatizado, lo que para Yepes, R. (1.966) "Es el gesto y la reacción espontánea de protección de lo íntimo", el compromiso con el cuidado brindado al paciente politraumatizado, el incentivar al paciente a participar en el cuidado, explicar al paciente sobre tratamiento recibido, orientar al paciente sobre los exámenes realizados, mantener al paciente informado con la verdad, lo cual según Acevedo, S. (2.014) "La Enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad del contexto del acto del cuidado". Además de mantener una escucha atenta, mirar directamente a los ojos del paciente, tener un contacto kinestésico, explicar los procedimientos a realizar con un vocabulario sencillo y tono de voz adecuado.

3.6.-HIPOTESIS GENERAL

De acuerdo a los resultados expresados en la tabla y gráfico 10, se comprueba la hipótesis general, debido a que existe relación estadísticamente significativa entre la actitud asumida por el

profesional de enfermería con el paciente politraumatizado referida a: componente afectivo y conductual; y el cuidado humanizado que este ofrece a las dimensiones: Intervención terapéutica y relación interpersonal.

Se afirma que a una mayor disposición (actitud) hay un mejor cuidado, debido a que hay una tendencia marcada, a establecer en la relación de ambas variables incrementos en los porcentajes que conforman la diagonal de la tabla 10, de izquierda a derecha en sentido ascendente (0,0%; 57,1% y 71,4%), lo que determina que a una mayor ocurrencia de la actitud asumida por parte del grupo investigado, habrá un mayor cuidado humanizado.

Asimismo para De La Torre, I. (2.008) coinciden con los resultados de la investigación la cual expreso que una buena actitud de la enfermera, con empatía, estilo personal y habilidad de comunicación va a favorecer en su totalidad el desarrollo de las relaciones interpersonales positivas. Por ello cuanto más abundemos en su conocimiento y practica, avanzaremos en el establecimiento de un buen cuidado al paciente.

4. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a la hipótesis específica 3, donde a pesar de tender al negativo es comprobada, una vez revisada la operacionalización de la variable y los ítems respectivamente, se puede inferir que existen factores intervinientes que se deban considerar como lo es la valoración física.

Es viable que en la práctica desconozcan el proceso o existan debilidades en reconocer los hallazgos al examen físico, también se puede considerar que los profesionales de Enfermería manejen exceso de trabajo por el déficit de talento humano al cual nos ha llevado la situación actual de Venezuela; por otra parte los enfermeros saben que deben ejecutar el cuidado, considerando la parte humana, siendo una unidad especializada y por ende la tecnología se encuentra enmarcada en todo el ámbito, es posible que no se considere la parte humana prioritariamente, es decir existe un mecanicismo y tecnicismo al momento de cuidar, dado que se enfoca en el monitoreo con el aparato de última generación, las bombas de infusión, entre otros, y no de la persona que se encuentra allí, con múltiples sentimientos encontrados: temor, tristeza, etc. Asimismo pudiera incidir el hecho de que la mayoría de los profesionales de Enfermería que laboran en el área de trauma shock no han realizado estudios de postgrado, el cual les ampliara la visión del cuidado.

Es también factible que para el momento que se les practico la evaluación de la observación, se estableciera el ligero acercamiento al negativo, sin rechazar la hipótesis porque se considera que la unidad de trauma shock es un área que maneja altos niveles de estrés, con múltiples aparatos tecnológicos, dando una apertura a un cuidado virtual por parte de los enfermeros, es decir existe mayor preocupación por la tecnología que hacia los sentimientos del paciente, aunado a ello el exceso de trabajo por el déficit de talento humano al cual nos ha llevado la situación actual de Venezuela, los cuales son dilemas éticos a los cuales los profesionales se enfrentan, quizás no les permiten dentro de sus jornadas laborales la reflexión del cuidado, ocasionando un cuidado de forma mecanicista. Es importante resaltar que es idóneo el profesional de Enfermería lleve a cabo una actitud responsable, motivadora y con autenticidad en el ejercicio de sus funciones, sin embargo se presume que como son actos inherentes a valores

arraigados individualmente, cada uno parte desde su perspectiva, es decir la influencia social tiene un inmenso poder sobre las actitudes, creencias, decisiones y acciones.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones del estudio y las recomendaciones generales.

Conclusiones:

En función de los resultados y en concordancia con los objetivos de la investigación, se redactan las siguientes conclusiones:

- Características Sociodemográficas de la muestra en estudio: El 30% con adultez media en edades comprendidas entre 32 a 37 años, un 90% del sexo femenino. Un 83,3% licenciados en Enfermería. El 50% con antigüedad de 1-3 años. El 53,3% del turno nocturno.
- Con respecto al factor: componente afectivo y componente intervención terapéutica existe relación estadísticamente significativa, es decir a una mayor ocurrencia del CA se da una mayor ocurrencia del IT. Confirmado por el Coeficiente de Correlación de Pearson +0,423. Con significancia estadística $p < 0,02$. Por lo que se acepta la hipótesis específica 1.
- Referente al factor componente afectivo y componente relación terapéutica existe relación estadísticamente significativa, es decir a una mayor ocurrencia de CA se traduce a un mayor cumplimiento de RI. Confirmado por el Coeficiente de Correlación de

Pearson $+0,547$. Con significación estadística $p < 0,03$. Con estos resultados permiten aceptar la hipótesis 2.

- Los hallazgos para el componente conductual y el componente intervención terapéutica existe asociación significativa de carácter negativo, es decir no se produce una mayor ocurrencia importante que destacar de las intervenciones terapéuticas. Confirmado por el Coeficiente de Correlación de Pearson $-0,380$. Con asociación significativa $p < 0,04$. Con estos resultados se acepta la hipótesis 3.
- Respecto al factor componente conductual y componente relación interpersonal existe relación estadísticamente significativa, es decir se afirma que a una mayor ocurrencia del CC se da una mayor ocurrencia y cumplimiento entre CC y RI. Confirmado por el Coeficiente de Correlación de Pearson $+0,561$. Con significancia estadística $p < 0,001$. Por lo que se aprobó la hipótesis específica 4.
- Referente al valor esperado sobre la actitud asumida por el profesional de enfermería y el cuidado humanizado al paciente politraumatizado se determino que existe una relación estadísticamente significativa, es decir a mayor ocurrencia de AA habrá un mayor CHPP. Confirmado por el Coeficiente de Correlación de Pearson $+0,499$. Con significación estadística $p < 0,005$. por los resultados obtenidos se afirma la hipótesis general.

De lo anteriormente referido se puede afirmar a un nivel alto de actitud en el profesional de Enfermería producirá un incremento significativo en el cuidado humanizado al paciente politraumatizado

Recomendaciones:

1. Se sugiere existan talleres periódicos de sensibilización donde el profesional exprese sus sentimientos y se les enseñe a brindar un cuidado netamente humanizado, para que no solo se le aborde de forma sistemática al paciente politraumatizado.
2. Se considere evitar la constante rotación del personal lo cual podría generar un escaso sentido de pertenencia en el área, estado de nerviosismo, estrés del que los enfermeros se encuentran sujetos en brindar un cuidado rápido. Por ende se alude establecer una rotación cada 6 meses del área.
3. Evaluar las asignaturas de pregrado para introducir el manejo de las emociones y sentimientos; de esta manera los egresados tengan una visión mas amplia para enfrentar los sentimientos y emociones que surgen en áreas críticas durante el cuidado por la premura de las acciones a realizar, al igual que la asistencia frecuente a congresos, talleres o cursos que permitan adquirir mayor conocimiento del manejo de las emociones, técnicas de sensibilización y de mejoramiento de empatía y motivación del profesional de Enfermería.
4. Presentar los resultados a las autoridades de Enfermería y a los participantes de la investigación.
5. Presentar los resultados en eventos científicos: Congresos, simposios, jornadas entre otros.
6. Dar continuidad a la investigación.
7. Publicación de los resultados en revistas indexadas a nivel nacional e internacional.

BIBLIOGRAFIA

Acevedo, S., Rodero, V., Aguarón, M., Jiménez, M., Tió, C. y Vives, C. (2014) *Prácticas clínicas*. Ediciones URV: Tarragona- España.

Álamo, M., (2011) *La idea de cuidado en Leonardo Boff*. Recuperado de

https://revistatales.files.wordpress.com/2012/05/243_nro4nro-4.pdf

Alspach, J. (2000). *Cuidados intensivos de Enfermería en el Adulto* . Mexico-D.F.: Mexicana.

Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Caracas-Venezuela. Editorial Episteme.

Ariza, C. D. (2008). *Calidad del cuidado de enfermería*. Bogota-Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Ayala R., A. C. (dic-2010). La discriminación en el aprendizaje del cuidado. *Ciencia y enfermería* . Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300010

Batista, L.; et al (2015) Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Ciencia y Cuidado*. Recuperado de <file:///C:/Users/Hs/Downloads/331-638-1-SM.pdf>

Burgos, J. (1999). *Fracturas*. España: Panamericana.

Burns, N. G. (2007). *Investigación en Enfermería*. Barcelona-España: Elsevier.

- Calegari, R. et al (2.015) Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. *Ciencia y Enfermería*. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000800042&script=sci_abstract&tlng=pt
- Cuel, J. R. (2003). *Teorias de la personalidad*. Mexico-D.F.: Trillas.
- De La Torre, I. (2.008) *Cuidados enfermeros al paciente oncológico* Editorial Vértice Madrid.
- Delgado, M. R. (2012). Prioridades iniciales de enfermería en el paciente con trauma. *UN*. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/37877/2/39969-182641-1-PB.pdf> .
- Diccionario Mosby (2.004) *Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. 5ta Edición McGraw-Hill. Interamericana. Madrid.
- Ekman, P. y. (2010). *Sabiduría emocional*. Mexico-D.F.: Kairos.
- Feldman, R. (1998). *Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana*. México D. F., México: McGraw Hill.
- Flores, D. et al (2.014) Actitudes del profesional intensivista de Enfermería y el cuidado postoperatorio a personas con cirugía cardiovascular. *RIUC*. Recuperado de <http://riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/2448>
- García, J. (2.014). *La Enfermería Venezolana. Compendio, concepciones y argumentos del ejercicio*. Venezuela-Carabobo: APUC.
- Gross, R. (2004). *Psicología: La ciencia de la mente y la conducta*. Mexico-D.F.: Manual Moderno.

Guevara, B. Z. (jun-2007). ¿Para que educar valores? *Educación en valores*. Recuperado de http://www.ciceana.org.mx/recursos/tribunatura/pdf/Para_que_educar_en_valores.pdf

Guevara, B. Z. (jun-2010). Humanizando el cuidado a personas críticamente enfermas. *Educación en valores* , 68-77. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v1n13/art9.pdf>

Guillen, R. C. (2016). *Filosofía y practica de enfermería*. Mexico-D.F.: El Manual Moderno. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (2.014) *Manual Fisioterapia respiratoria*. Madrid: Salud Madrid. Código: PD-GEN-06 versión 3.

Kosier, Barbara y Cols (1.999) *Enfermería Fundamental (Conceptos, Procesos y Practica)*. Mexico. Editorial McGraw Hill Interamericana.

Lanken, P. (2003). *Manual e Cuidados intensivos*. Buenos Aires-Argentina: Panamericana.

León, J., Barriga, S., Gómez, T., González, B., Medina, S. & Cantero, F.(1998). *Psicología social, orientaciones teóricas y ejercicios prácticos*. Madrid, España: McGraw Hill.

Maracara, L. (lunes de mayo de 2012). Venezuela se desangra en las vías . *El Universal*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com/aniversario/a-cuidarse/120507/venezuela-se-desangra-en-las-vias>

Mattiasson, A., y Hemberg, M. (5/nov/1.998). Intimacy-meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: what is a good moral attitude on the part of the nurse/carer? *PubMed*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9856070>

May, S. H. (jul-2015). Cotidianidad del cuidado de enfermería un análisis conceptual de espiritualidad. *Iberoamericana de educación e investigación de enfermería*. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/175/>

Maxwell, J. (2.014) *How High Will You Climb?*. Tennessee-Estados Unidos de América: Grupo Nelson.

Maza, M.; Zavala, M.; Merino, J. (2.016) Actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería*. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n1/art06.pdf>

Medina, M. (2.005) Acciones independientes de Enfermería. *Cuba: BVSCUBA*. Recuperado de http://ecimed.sld.cu/inicio?iwp_post=2005%2F12%2F25%2FAcciones%20independientes%20de%20enfermer%C3%ADa%2F6757&iwp_ids=6_757&blog=1_ecimed&from_more=6

Myers, D. (2000). *Psicología social*. Bogotá, Colombia: McGraw Hill.

Olarte, C.; y Caballero, R. (2.008) *Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado*. Bogota-Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Ottolino, P. V. (2008). *Manejo integral del paciente politraumatizado*. Caracas-Venezuela: Panamericana.

Palella, S. y Martins, F. (2006). *Metodología de la investigación cuantitativa*. Caracas-Venezuela. FEDUPEL.

Parra, D. (dic-2.013) La obligación de informar al paciente. Cuestiones sobre el derecho a ser informado. *Revista medica de Chile. Vol. 141 n° 12*. Recuperado de

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001200012

Peiro, S. (2005). *Nuevos desafíos en educación tomo II*. España: Club Universitario.

Pérez, Alexis (2.006) *Guía Metodológica para anteproyectos de investigación*. Caracas-Venezuela: FEDUPEL.

Pérez, N. et al (sep-2.014) Anuario de mortabilidad de la República Bolivariana de Venezuela 2.012. Recuperado de <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Mortalidad-2012.pdf>

Potter, P. P. (1996). *Fundamentos de enfermería*. Barcelona-España: Mosby.

Quesada, A. R. (2006). *Actualización en el manejo del trauma grave*. Madrid-España: ERGON.

Ramos, M. (2007). *Programa para educar valores*. Valencia-Venezuela: Paulinas.

Razban, F.; Iranmanesh, S.; Eslami, H.; Azzizadeh, M. (2.016) Critical care nurses' attitude towards life-sustaining treatments in South East Iran. PMC. Recuperado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4786502/>

Robbins, S. y Decenzo, A. (2.002) *Fundamentos de administración*. México: Pearson.

Sanchez, N. (2008). *Cultura contra civilización*. Valencia-España: Colección filosofías.

Trevithick, P. (2.006). *Habilidades de comunicación en intervención social*. Madrid-España:

Narcea, S.A. de ediciones.

Valenzuela, M. (2015) ¿Es posible humanizar los cuidados de Enfermería en los servicios de Urgencias? *Universidad Alicante*. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50212/1/tesis_martina_valenzuela_anguita.pdf

Veloza, M. V. (23/11/2015). Filosofía cuidado humano de Jean Watson. *Intellectum*. Recuperado <http://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/20220>.

Urbina, O., Perez, A., Delgado, J., Martin, X. (2003) El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista. *Humanidades Médicas*. Recuperado de <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/rt/printerFriendly/684/493>

Wesley, R. (1997) *Teorías y Modelos de Enfermería*. México. Editorial McGraw Hill Interamericana Editores S.A. Segunda edición.

Yepes, R. (oct-1966) La elegancia, algo más que buenas maneras. *Nuestro tiempo*. Recuperado de http://www.encuentra.com/revista/wp-content/uploads/2012/07/elegancia_la_elegancia_algo_mas_que_buenas_maneras.pdf

ANEXOS



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA, CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO
CRITICAMENTE ENFERMO**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA MEDIR LA ACTITUD
ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO AL
PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

Autora: Lcda. Janethly Suárez.
Tutor: MgSc. Luis Rodríguez.

Bárbula, Enero 2018

Presentación:

Apreciado colega:

El presente instrumento tiene como propósito recolectar información para determinar la relación entre la actitud del Profesional de Enfermería en su componente afectivo y componente conductual con el cuidado humanizado en su dimensión intervención terapéutica y relación interpersonal en el paciente politraumatizado.

La aplicación de este instrumento es un requisito indispensable para optar al título de Magister en Enfermería en cuidado integral del adulto críticamente enfermo.

El instrumento está conformado en dos partes: la primera sección relacionada con los datos sociodemográficos, la segunda parte conformada por 20 ítems en una escala de Likert relacionados con los componentes: Afectivo y Conductual; con interrogantes directas, donde sus respuestas podrán ser: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca dependiendo de su convicción. Los datos suministrados por usted serán de carácter confidencial y solo será utilizado con fines de esta investigación.

Es importante informarle que este instrumento tiene carácter anónimo por lo que usted no tendrá la necesidad de firmar ni identificar el mismo. Agradezco de antemano su objetividad, sinceridad y transparencia, debido a que sus respuestas enaltecen los resultados en función al desarrollo de la presente investigación

Gracias por su valiosa participación.

Lcda. Janethly Suárez.

Instrucciones

1. Lea minuciosamente las indicaciones.
2. El instrumento está conformado por una primera sección constituida por los datos sociodemográficos en el cual deberá marcar con una (X) la alternativa que se ajuste a usted; en la segunda parte consta de 21 ítems en el que debe marcar con una (X) la alternativa que considere pertinente, en donde se encontrara las opciones siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca.
3. Es vital para la investigación que no deje interrogantes sin responder.
4. Se le agradecerá su sinceridad y transparencia en las respuestas suministradas en este instrumento.
5. No firme el instrumento, está fundamentado en el anonimato.
6. La información suministrada por usted es de carácter confidencial.
7. Si tiene alguna duda con las interrogantes planteadas no dude en consultar a la investigadora

Gracias por su cooperación en la presente investigación.

Parte I

Datos sociodemográficos

Seleccione la alternativa que mejor exprese su respuesta:

1. Sexo:

- a) Femenino ()
- b) Masculino ()

2. Edad:

- a) 20 a 25 años de edad. ()
- b) 26 a 31 años de edad. ()
- c) 32 a 37 años de edad. ()
- d) 38 a 43 años de edad. ()
- e) > 44 años de edad. ()

3. Grado de instrucción:

- a) Técnico Superior Universitario en Enfermería. ()
- b) Licenciado (a) en Enfermería. ()
- c) Magister en Enfermería. ()

4. Antigüedad en la Unidad de Trauma Shock:

- a) 1 a 3 años. ()
- b) 4 a 6 años. ()
- c) > 7 años ()

5. Turno de jornada laboral:

- a) Matutino (7am/1pm) ()
- b) Vespertino (1pm/7pm) ()
- c) Nocturno (7pm/7am) ()

Parte II

Actitudes del profesional de Enfermería en su dimensión afectiva y conductual durante el cuidado humanizado

ITEMS	1 Siempre	2 Casi siempre	3 A veces	4 Casi nunca	5 Nunca
Durante el cuidado al paciente politraumatizado:					
1.- ¿Usted lo escucha atentamente?					
2.- ¿Usted responde interrogantes realizadas por del paciente?					
3.- ¿Usted comprende reacciones de llanto?					
4.- ¿Usted comprende reacción de rabia?					
5.- ¿Usted comprende reacción de agresividad?					
6.- ¿Usted comprende reacción de tristeza?					
7.- ¿Usted comprende reacción de preocupación?					
8.- ¿Usted acepta opiniones del paciente?					
9.- ¿Usted se interesa por el estado anímico del paciente?					
10.- ¿Usted se preocupa por la evolución clínica del paciente?					
11.- ¿Usted tiene expresiones de ternura tales como brindarle					

cariño al paciente politraumatizado y demuestra comprensión, atención y cortesía?					
12.- ¿Usted adopta actitudes de respeto hacia el paciente politraumatizado?					
13.- ¿Usted se siente comprometido con el cuidado del paciente?					
14.- ¿Usted se interesa por realizar los exámenes de laboratorio del paciente?					
15.- ¿Usted se interesa por administrarle el tratamiento médico indicado?					
16.- ¿Usted se interesa por realizar la valoración física durante su guardia?					
17.- ¿Usted le ofrece herramientas para cuidarse?					
18.- ¿Usted orienta y/o explica al paciente sobre el tratamiento que recibe?					
19.- ¿Usted orienta y/o explica al paciente sobre los exámenes que le realizan?					
20.- ¿Usted mantiene al paciente informado con la verdad?					



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA, CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO
CRITICAMENTE ENFERMO



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA MEDIR EL CUIDADO
HUMANIZADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Autora: Lcda. Janethly Suárez.
Tutor: MgSc. Luis Rodríguez.

Bárbula, Enero 2018

Escala de observación:

ITEMS	PRIMERA OBSERVACIÓN		SEGUNDA OBSERVACIÓN	
	SI	NO	SI	NO
Durante el baño en cama el profesional de Enfermería				
1. ¿Cuida el pudor del paciente politraumatizado?				
2. ¿Considera las peticiones y/o opiniones del paciente politraumatizado?				
3. ¿Responde las interrogantes del paciente politraumatizado?				
4. ¿Acondiciona el ambiente antes del baño en cama?				
Durante la fisioterapia respiratoria:				
5. ¿Explica el procedimiento al paciente politraumatizado?				
6. ¿Protege al paciente?				
7. ¿Considera las opiniones y peticiones del paciente?				
Durante la administración de tratamiento:				
8. ¿Explica el procedimiento al paciente politraumatizado?				
9. ¿Orienta al paciente sobre los efectos del tratamiento?				
10. ¿Considera opiniones y peticiones del paciente?				

Durante el cuidado al paciente:				
11. ¿Mantiene una escucha atenta al paciente politraumatizado?				
12. ¿Mantiene un contacto visual (mira directamente a los ojos del paciente)?				
13. ¿Mantiene un contacto kinestésico con el paciente?				
14. ¿Explica sobre procedimientos a realizar?				
15. ¿Explica sobre la normativa de visitas familiares?				
16. ¿Explica sobre exámenes de rutina?				
17. ¿Explica sobre exámenes especiales?				
18. ¿Utiliza vocabulario sencillo con el paciente?				
19. ¿Utiliza tono de voz adecuado con el paciente?				
20. ¿Proporciona apoyo emocional?				
21. ¿Respeto los derechos del paciente politraumatizado?				

Valencia, 17 de Julio de 2017

A quien pueda interesar

Por medio de la presente quien suscribe el **Ing. Martin A. Flores L.**, hace constar que el instrumento (Escala de Likert) del trabajo **“Cuidado Humanizado al Paciente Politraumatizado”** de la Lcda. Janethly Suárez. Se le realizo el análisis estadístico arrojando una confiabilidad (Alfa de Cronbach) de 0,898 con 20 variables y 10 casos, análisis realizado con el programa SYSTAT® V12.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,898	0,898	20

Ing. Martin A. Flores L.

C.I: 12.752.262

C.I.V: 141.480

Valencia, 17 de Julio de 2017

A quien pueda interesar

Por medio de la presente quien suscribe el **Ing. Martin A. Flores L.**, hace constar que el instrumento (lista de observación) del trabajo “**Cuidado Humanizado al Paciente Politraumatizado**” de la Lcda. Janethly Suárez. Se le realizo el análisis estadístico arrojando una confiabilidad (KR20) de 0,925 con 21 variables y 10 casos, análisis realizado con el programa SYSTAT® V12.

Estadísticos de fiabilidad

Kuder-Richardson	0,925	Nro de elementos
Coeficiente de Spearman-Brown Longitud igual	0,926	21
Longitud desigual	0,926	
Dos mitades de Guttman	0,925	

Ing. Martin A. Flores L.

C.I: 12.752.262

C.I.V: 141.480



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA, CUIDADO INTEGRAL AL ADULTO
CRITICAMENTE ENFERMO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, titular de la Cedula de Identidad numero _____ expreso por medio del presente, mi voluntad de participar en la investigación titulada ACTITUD ASUMIDA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y EL CUIDADO HUMANIZADO AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO, realizada por la Lcda. Janethly Suárez, titular de la Cedula de Identidad numero 20.731.398, doy fe de que se me ha explicado los objetivos de la investigación y la confiabilidad de la información que yo aporte durante la recolección de los datos. Asimismo, expreso si en algún momento decido no participar en la investigación podre hacerlo libremente. Autorizo que esta información solo sea manejada por el investigador.

En Valencia, a los _____ días del mes _____ de 2.018

Investigadora:

Lcda. Janethly Suárez.

C.I.20.731398.

Participante:

C.I. _____
