

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

ACTITUD DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN
LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL HHUT 2014

TESIS

Presentada por:

Bach. Juan Yhonatan Campos Quispe

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA
Facultad de Ciencias de la salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería

**ACTITUD DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR QUE
EXPERIMENTAN LOS PACIENTES EN LOS
SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DEL HOSPITAL HHUT
2014**

TESIS

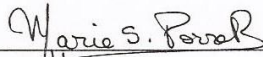
Presentada por:

Bach: Juan Yhonatan Campos Quispe

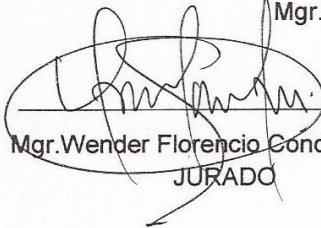
Para optar el título profesional de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Aprobado por: _____, ante el siguiente jurado.



Mgr. María Soledad Porras Roque
PRESIDENTA



Mgr. Wender Florencio Condori Chipana
JURADO



Mgr. Elizabeth Balbina Huerta Tovar
JURADO



Mgr. Carla Patricia Mori Fuentes
ASESORA

DEDICATORIA

“Dedico este primer fruto de esfuerzo e investigación a DIOS quien me acompañó en todo momento y quien me dio la fuerza para salir adelante, a quienes dieron todo de sí para que fuese cada día mejor, logrando hacer cumplir una de mis metas, con mucho cariño y gratitud para Genaro y Juana, mis padres, a todas las personas que siempre estuvieron a lado mío, dándome fuerzas para continuar”.

AGRADECIMIENTOS:

- Expreso mis más sinceros agradecimiento a Dios nuestro señor, quien me da lo más grande que uno puede tener la sabiduría.
- Agradezco a mi familia y seres queridos que día a día me acompañaron en cada paso de la vida.
- Agradezco a la Mgr. Carla Mori Fuentes y todos los Docentes de la UNJBG-TACNA, por su paciencia, asesoría, guía y motivación permanente para la culminación del presente estudio.
- A la E. A. P de Enfermería por brindarme todas las facilidades para la realización de este estudio.
- A los profesionales de enfermería de los servicios de medicina y cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna por su grata participación.

ÍNDICE

| | PAG. |
|--|-------------|
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| INTRODUCCIÓN | |
| | |
| CAPITULO I | |
| | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1. Fundamentos y Formulación del problema..... | 3 |
| 1.2. Objetivos..... | 9 |
| 1.3. Justificación | 10 |
| 1.4. Formulación de hipótesis..... | 12 |
| 1.5. Operacionalización de variable..... | 13 |
| | |
| CAPITULO II | |
| | |
| MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Antecedentes de la investigación..... | 16 |
| 2.2. Bases teoricas –cientificas | 21 |
| 2.3. Definición conceptual de términos..... | 82 |

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|--|----|
| 3.1. Material y métodos | 83 |
| 3.2. Población y muestra | 83 |
| 3.3. Técnica e instrumentos de la recolección de datos | 85 |
| 3.4. Procedimiento de recolección de datos | 86 |
| 3.5. Procesamiento de datos | 87 |

CAPITULO IV

DE LOS RESULTADOS

| | |
|----------------------|----|
| 4.1. Resultados..... | 88 |
| 4.2. Discusión | 96 |

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo titulado: actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los pacientes en los servicios de medicina y cirugía del hospital HHUT 2014, es una investigación cuantitativa, con un diseño no experimental, tipo descriptivo, de corte transversal, cuyo objetivo general fue: Determinar la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los pacientes de cirugía y medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2014. Se trabajó con toda la población teniendo en cuenta los criterios de exclusión, estuvo conformada por 24 profesionales de Enfermería del servicio de medicina y cirugía del hospital Hipólito Unanue de Tacna. La técnica utilizada fue la encuesta y los instrumentos utilizados fueron el cuestionario y la escala de Lickert Modificada.

Concluyéndose que la actitud de la enfermera hacia el dolor de los pacientes es medianamente favorable.

Palabras claves: Actitud (conocimientos, afectividad, acciones) expresión de dolor, paciente hospitalizado (medicina y cirugía).

ABSTRACT

The present I work named: Attitude of the nurse toward the pain that the patients in the services of medicine and surgery of the hospital experience HHUT 2014, a quantitative investigation, with a design is not experimental, descriptive, cross-section type, whose general objective matched: Determining the attitude of the nurse toward the pain that they experience the patients of surgery and Hipólito Unanue of Tacna gives 2014 medicine of the hospital. It was worked up with the entire population taking into account the criteria of exclusion, Hipólito Unanue of Tacna was shaped for 24 nursing professionals of the service of medicine and surgery of the hospital. The used technique was the opinion poll and the used instruments were the questionnaire and Lickert Modificada's scale.

Concluyéndose that the attitude of the nurse toward the patients' pain is fairly favorable.

Key words: Attitude (knowledge, affectivity, actions) expression of pain, hospitalized patient (medicine and surgery).

INTRODUCCIÓN

La actitud se ha definido como la fuerza integradora fundamental en el desarrollo de la personalidad y que da consistencia a la conducta del individuo. Etimológicamente, actitud significa disposición de ánimo de algún modo manifestado. Es una capacidad que emana de los seres humanos para pensar, sentir y actuar ante determinadas circunstancias. Desde el punto de vista psicológico refiere que constituye formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos, personas y grupos. Se forman a lo largo de la vida.

Ida Jean Orlando en su teoría del proceso de enfermería da importancia a componentes como la conducta del paciente, la reacción de la enfermera y las acciones de enfermería diseñadas en beneficio del paciente, la interacción mutua de estos elementos conforman el proceso de enfermería, proceso en la cual interviene el paciente y la actitud de enfermera.

Es oportuno destacar que la actitud que asuma el personal de enfermería en la prevención del dolor será un elemento decisivo en la

transición hacia una fase superior en la medicina preventiva, que permita rebasar los actuales métodos de trabajo y formar nuevos protocolos de acción; estos orientan el trabajo e influyen favorablemente en los cambios de la escala de valores y en la actitud que predomina en la Sociedad.

El presente estudio de investigación considera conveniente responder a la interrogante: ¿Cuál es la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los pacientes en los servicios de medicina y cirugía del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2014?

El presente estudio consta de: Capítulo I: Planteamiento del estudio, Fundamentos y formulación del problema ,Objetivos, Justificación, Formulación de la hipótesis, Operacionalización de las Variables, Capítulo II: Marco teórico, Antecedentes de la Investigación, Bases Teóricas, , Definición Conceptual de Términos, , Capítulo III: Metodología de la Investigación, Material y Métodos , Población y Muestra, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Procedimientos de Recolección de Datos, Procesamiento de Datos, Capítulo IV: De Los Resultados, Resultados, Discusión, Conclusiones ,Recomendaciones. Finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El dolor es quizás el signo más temido y uno de los más devastadores en la vida de las personas. Hoy conocemos que los daños tisulares provocan una gran cantidad de variables psicológicas que ocupan un lugar importante en los mecanismos de percepción del dolor, por tanto, el sistema nervioso es plástico y complejo. El dolor, definido como una experiencia netamente individual, aprendida y enteramente subjetiva, es más aun una sensación de gran incomodidad asociado a un daño tisular, ya sea potencial o real. Dicho dolor puede ser ocasionado por diversas causas, sea de enfermedad o por intervenciones, y de diferentes tipos, variando la intensidad y magnitud del dolor. A pesar de disponer numerosos métodos que permiten su tratamiento, son numerosos los estudios que demuestran un mal control del dolor en pacientes de nuestro entorno. La falta de un tratamiento adecuado al dolor es un reflejo de las actitudes y valores que rodean tanto al dolor como a los pacientes.

El no dar suficiente importancia al problema y la falta de conocimiento de las variables que intervienen en la percepción del mismo permiten la persistencia de sufrimiento innecesario⁽¹⁾.

El alivio del dolor y sufrimiento está considerado como uno de los principales derechos del paciente, y una de las responsabilidades del ejercicio profesional de Enfermería, precepto consagrado en el Código de Ética del Comité Internacional de enfermería donde resalta que “la existencia como profesional de enfermería es contribuir con un eficaz tratamiento y atención al dolor, no solo desde lo cognoscitiva, sino también en el área actitudinal, y ello se debe reflejar en sus cuidados diarios”. Es así que la enfermera tiene el deber de incluir dentro de su programa de trabajo, técnicas cognoscitivas, actitudinales y de comportamiento para calmar el dolor y sufrimiento humano, evitando caer en lo rutinario frente al paciente con dolor ya que este sólo limitaría su accionar. Sin embargo, el no utilizar estas recomendaciones, técnicas y tecnologías para el tratamiento del dolor, contribuye a que el problema no se pueda controlar en la magnitud que amerita, ya que las causas suscitadas se evidencian en la práctica cotidiana de la profesión, entre ellas la poca actualización en el alivio del dolor en pacientes que perpetuara las conductas

erróneas del personal de salud hacia el alivio del dolor, perjudicando la recuperación. Como se observa el profesional de enfermería desarrolla un papel importante y fundamental dentro del proceso de recuperación del paciente, ya que a su cargo está el brindar cuidados integrales al paciente, en cualquier etapa de la vida, teniendo en cuenta la necesidad individualizada del paciente según sus características biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales propios.

Toda persona que es hospitalizada, independientemente de la causa que la origine, está expuesta a sentir dolor. Es así que, en afán de lograr medir y/o cuantificar el grado de dolor y malestar que genera en el paciente, la Organización Mundial de la Salud ha considerado al dolor como el quinto signo vital desde marzo del año 2003 otorgándole la importancia merecida, y es que todas las personas experimentan dolor, en mayor o menor grado, en algún momento de sus vidas ⁽²⁾.

Como se expone el dolor es un síntoma que se expresa en todas las personas de toda clase social y toda raza, con el fin de determinar las explicaciones implícitas del problema, se realizaron investigaciones a nivel mundial en la cual se obtuvieron como

resultado que en Europa, 138 millones de personas sufren de dolor crónico; en Estados Unidos, 100 millones, y en Colombia cerca de 14 millones ⁽³⁾, Respecto a investigaciones realizadas en profesionales de enfermería sobre las actitudes se observa un porcentaje no favorable, ya que en investigaciones como la realizada por la universidad de Antofagasta (Chile) con una muestra de 43 enfermeras, obtiene como resultado que el 72,9% tienen una actitud desfavorable frente al dolor ⁽⁴⁾ ,en otra investigación realizada en unidades de Cirugía y Oncología de un Hospital de nivel III se evidencia que de un total de 170 Enfermeros .El 85% opino que los pacientes no debían tener dolor, y el 14,7% respondió que era normal que estos tuvieran dolor moderado o intenso y el 46% considerada que el 10% de los pacientes exageraba la intensidad del dolor ⁽⁵⁾. En un estudio hecho en Italia, más del 50% de las enfermeras subestimaba el dolor de los pacientes y no lo trataban adecuadamente. Consideraban incorrectos sus conocimientos sobre el dolor y el manejo de este se detectaron además significantes déficit y erróneas creencias ⁽⁶⁾.

En el Perú se realizaron investigaciones referentes al tema de actitud de enfermería frente al dolor , Ramírez Argumé, Raquel en su

investigación “Actitud de la Enfermera hacia el Dolor que Experimentan los Niños con Quemaduras en el Servicio de Quemados del INSN, 2009” aplicado a la población total de 14 enfermeras se observó que ninguna enfermera muestra una actitud favorable, el 28.6% muestran una actitud medianamente favorable y el 71.4% muestran una actitud desfavorable hacia el dolor ⁽⁷⁾. Por otra parte Delgado Zavaleta, Roció en su investigación Calidad de los cuidados inmediatos de enfermería y manejo del dolor en pacientes quirúrgicos en los centros hospitalarios de Chimbote, año 2009 aplicado a 40 enfermeras(os) obtuvo que el 65% presentan una calidad del cuidado inmediato medio y el 75% tienen un regular manejo del dolor en pacientes quirúrgicos ⁽⁸⁾.

Como podemos ver el problema es palpable en cada lugar en donde encontramos personas que sufren por dolor, las cuales son cuidadas por las enfermeras(o). Esto no es ajeno en nuestro medio local ya que esta situación se viene observando en los servicios de medicina y cirugía del hospital Hipólito Unanue de Tacna, en donde se ve que la enfermera actúa de manera rutinaria, muchas veces evitando usar métodos no farmacológicos y métodos de valoración frente al paciente con dolor, o no dándole la importancia real que

significa el sufrimiento en el paciente. Muchas veces el personal de enfermería presenta problemas como el menor tiempo en las atenciones, la sobrecarga laboral, poco conocimiento de medidas ante el dolor, la poca afectividad y la poca empatía, todo pudiendo influir negativamente en las actitudes frente al dolor. Por otro lado muchas veces la percepción del paciente que presenta dolor no es la más favorable ya que manifiesta que la enferma no trata su dolencia, no le hace caso, que solo le administra el fármaco y se va, que ve al dolor como algo que se le va pasar.

Es por ello que se decide investigar este problema, ya que existe poca información e investigaciones que aclaren las actitudes de los profesionales frente al dolor que experimenta el paciente.

Formulación del problema

Por lo expuesto anteriormente, se formula el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los pacientes en los servicios de medicina y cirugía del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2014?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los pacientes de cirugía y medicina del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2014.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el conocimiento de la enfermera hacia el dolor que experimentan los pacientes de medicina y cirugía del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2014.
- Identificar la afectividad de la enfermera hacia el dolor que experimentan los pacientes de medicina y cirugía del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2014.

- Identificar la acción de la enfermera hacia el dolor que experimentan los pacientes de medicina y cirugía del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2014.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El profesional de Enfermería cumple un rol fundamental dentro del proceso de recuperación del paciente, ya que su responsabilidad se centra en el brindar cuidado integral al paciente, teniendo en cuenta su significado de la esfera bio – psico – social y las múltiples necesidades que pueda presentar. La atención de la enfermera al paciente con problemas de dolor es primordial y necesaria, ya que el dolor que experimenta por varias lesiones es devastador e intenso, convirtiéndose el alivio y control del dolor en un reto, ello con el fin de evitar posibles complicaciones que retrasen el proceso de recuperación del paciente. Es así que, el profesional de Enfermería requiere desarrollar y reforzar sus habilidades, destrezas y mejorar sus capacidades cognitivas y actitudinales para brindar atención integral al paciente, los cuales se encuentran en una crisis situacional extrema y con altas expectativas de un adecuado tratamiento de las lesiones y del dolor.

El presente estudio se realizó porque se buscó identificar la actitud de la enfermera y saber cómo la enfermera brinda la atención hacia el paciente, si esta atención es oportuna o no, si en cada atención que realiza brinda una actitud en la cual el paciente se siente satisfecho. Es por eso que nació la importancia tener una referencia acerca de la actitud que muestra cada profesional de enfermería en la atención mediata e inmediata que realizan en cada cuidado.

Los resultados de investigación proporcionan información científica acerca de la actitud de la enfermera que se traduce en cuidados adecuados o no adecuados ante el paciente con dolor y en función a ello planificar estrategias de capacitación de la enfermera que conlleven a la identificación del problema de dolor, el modo de actuar y su consecuente satisfacción de la necesidades de bienestar del paciente con afección medico quirúrgicas. Todo esto con la finalidad de mejorar la actitud del personal y en consecuencia una mejor interacción entre enfermera y paciente, promoviendo una mejor salud.

1.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

La actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los pacientes en los servicios de medicina y cirugía del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2014, es favorable.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

| Variable | Definición conceptual | Dimensiones | Indicadores | Escala |
|----------|--|---|---|---------|
| Actitud | Es la respuesta afectiva de comportamiento, la motivación para actuar (afectividad) y el principio que guía los conocimientos sobre las acciones y decisiones. | <p>Conocimientos actualizados del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> – Definición – Alteraciones fisiológicas y psicológicas. – Características del dolor. – Manifestaciones en la conducta por el dolor. – Reacciones y tolerancia al dolor. – Medición del dolor | <p>Actitud favorable 77 - 86 puntos</p> <p>Actitud medianamente favorable 66 - 76 puntos</p> <p>Actitud desfavorable 58 - 65 puntos</p> | Ordinal |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento farmacológico y psicológico. - Evaluación del dolor. <p>Afectividad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos del paciente ante el dolor. - Experiencias del paciente ante el dolor. - Vivencias que experimenta el paciente ante el dolor. <p>Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional administración de tratamiento farmacológico y no | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>farmacológico</p> <p>para el control del dolor,</p> <ul style="list-style-type: none">- Otros métodos que aplica para aliviar el dolor- Monitoreo y evaluación de los efectos terapéuticos- Prevención de experiencias dolorosas- Acercamiento al paciente y familiares. | | |
|--|--|--|--|--|

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Los antecedentes de estudio relacionados al problema de investigación a nivel nacional e internacional, importantes de mencionarse son:

Montes A., Arbonés E., Planas J., Muñoz E. y Casamitjana M. ⁽⁹⁾ Realizan una investigación en el año 2008, cuyo objetivo fue conocer la opinión y actitud de los profesionales hospitalarios en cuanto a información al paciente, evaluación del dolor y métodos de tratamiento utilizados. En un estudio de diseño transversal, de 264 profesionales hospitalarios (entre médicos y enfermeras) de los principales centros asistenciales de España, por áreas de trabajo (área médica y quirúrgica). En cuanto a los resultados, destaca que:

“Sólo 81.3% de los profesionales sanitarios encuestados, declaran que preguntan directamente al paciente si presentan dolor, mientras que un 35.5% utiliza la Escala Visual Análoga para evaluación del dolor. Los resultados generales refieren que sólo un

29.6% de los profesionales declararon transmitir información escrita del dolor, y verbal un 71.6%. Un 87.1% de los profesionales conocen su responsabilidad, pero únicamente un 52.2% ha recibido formación en el manejo del dolor.

Fernandez, Galinski D. L. y colaboradores ⁽⁹⁾. Realizan una investigación en el año 2006 cuyo objetivo fue conocer el nivel de conocimientos y las actitudes del personal sanitario en relación al dolor pos operatorio del paciente, El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Sabadell, Barcelona, con una muestra de 84 profesionales de enfermería. En cuanto a los resultados en el ámbito de enfermería, destaca que:

“El 18% del personal de enfermería desconocía el manejo de opiáceos por las principales vías de administración directa, así como el 23% desconocía el tratamiento del dolor con anestésicos locales por vía peridural. Para el 46%, el temor a los efectos indeseables de los mórnicos, condicionaba su administración.

Salvado Hernández C., y Colaboradores ⁽⁵⁾. Realizaron una investigación cuyo objetivo fue identificar los conocimientos y actitudes sobre el dolor que tienen las enfermeras de las unidades de

cirugía general y oncología de hospitales de nivel III, y conocer si existen diferencias entre ambos grupos. El estudio fue multicentrico, observacional, analítico y transversal, su muestra fue de 170 y se realizó en 5 hospitales españoles de nivel III y se destaca los siguientes resultados:

“El 85% opinó que los pacientes no debían tener dolor, y el 14, 7% respondió que era normal que estos tuvieran dolor. El 93, 8% estaba de acuerdo en que el juez más exacto para valorar la intensidad del dolor es el paciente; el 46% consideraba que el 10% de los pacientes exageraba la intensidad del dolor”.

Collao, C. ⁽⁴⁾ En el año 2002 realiza una investigación con el objetivo de determinar la actitud de la enfermera frente al dolor y caracterizar algunos factores que influyen en dicha actitud. El estudio fue de tipo descriptivo, con un diseño de tipo correlacional transversal. La muestra total fue de 43 entre enfermeras y personal técnico de enfermería, del Hospital Regional de Antofagasta. Los resultados arrojaron que:

“El 73% de las enfermeras muestran una actitud desfavorable hacia el dolor, mientras que el 27% de ellas muestran una actitud favorable frente al dolor”.

Ramírez Argumé R. ⁽⁷⁾ En el 2009 realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras en el INSN. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo simple, de corte transversal, aplicado a la población total de 14 enfermeras, los resultados mostraron que:

“Se aprecia que ninguna enfermera muestra una actitud favorable, el 28.60% muestran una actitud medianamente favorable y el 71.40% muestran una actitud desfavorable”.

Costa Pisfil E., Avalos Vásquez N., y colaboradores ⁽⁸⁾. En el año 2009 realizan una investigación con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de los cuidados inmediatos de enfermería y el manejo del dolor en pacientes quirúrgicos de los Hospitales de Chimbote, el estudio fue cuantitativo, de corte transversal, con diseño descriptivo correlacional, la muestra estuvo conformada por 40 enfermeras(os); y los resultados fueron:

“El 65%, presentan una calidad del cuidado inmediato medio; el 75% de tienen un regular manejo del dolor en pacientes quirúrgicos”.

Determinando que sí existe relación significativa entre la calidad de los cuidados inmediatos de la enfermera y el manejo del dolor en pacientes quirúrgicos en los hospitales de Chimbote.

Aguilar Cordero M. J., Mur villar N. y colaboradores ⁽¹⁰⁾. Realizan una investigación con el objetivo de determinar la actitud del personal de enfermería, ante el dolor en la infancia, el universo estuvo constituido por 121 enfermeros(as) que laboran en los servicios pediátricos del nivel secundario de salud en la provincia de Cienfuegos (Cuba), se realizó un estudio observacional y descriptivo y los resultados arrojaron que:

“Se destaca que el 71.1% tiene una actitud desfavorable hacia el dolor y en la medida en que se incrementan las acciones capacitantes, la actitud ante el dolor se hace más favorable”.

2.2. BASES TEORICAS –CIENTIFICAS

2.2.1. EL DOLOR

a) DEFINICION DEL DOLOR

Para la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) éste es una “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial, o descrita como la ocasionada por dicha lesión”. Esta definición integra tanto la faceta objetiva del dolor, relacionada con los aspectos fisiológicos, como la subjetiva, es decir la carga emocional y psicológica que cada individuo asigna al dolor ⁽¹¹⁾.

Para Harrison el dolor “es una sensación desagradable que se concentra en alguna parte del cuerpo. Se describe a menudo como un proceso penetrante o destructivo de los tejidos o como una reacción emocional o corporal” ⁽¹²⁾.

Para Joyce Travelbee el dolor “no es observable en sí mismo tan solo se advierten sus efectos”, Es una experiencia individual difícil de transmitir plenamente a otras personas. La experiencia del dolor es única para cada individuo ⁽¹³⁾.

Según Merskey y Bogduk el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que resulta de una lesión hística real o potencial ⁽¹⁴⁾.

Según Parker y Cinciripini (1984): “acontecimiento neurofisiológico que comprende un patrón complejo de excitación emocional y psicológica, incluyendo sensaciones de estimulación nociva, traumatismo psicológico y daño tisular resultante, conducta de evitación y quejas de sufrimiento subjetivo”.

b) FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR

La experiencia sensorial del dolor depende de la interacción entre el sistema nervioso y el ambiente. El procedimiento de estímulos nocivos y la percepción

resultante del dolor implica a los sistemas nerviosos periférico y central ⁽¹⁴⁾.

TRASMISION DEL DOLOR

Entre las estructuras y mecanismos nerviosos implicados en la transmisión de la percepción del dolor desde y hacia el área del cerebro que interpreta el dolor, se encuentran los nociceptores o receptores del dolor y los mediadores químicos. Los nociceptores son receptores preferencialmente sensibles a estímulos nocivos; también se denominan receptores del dolor, pero se prefiere el primer término.

Nociceptores

Estos receptores son terminaciones nerviosas libres que se encuentran en la piel y solo responden a estímulos intensos y potencialmente dañinos, los cuales pueden ser de naturaleza mecánica, térmica o química. Las articulaciones, musculo esquelético, aponeurosis, tendones y cornea también tienen receptores del dolor que pueden transmitir estímulos dolorosos. Sin embargo, los

grandes órganos internos carecen de terminaciones nerviosas que respondan a estímulos dolorosos. El dolor que se origina en dichas estructuras es resultado de la estimulación intensa de receptores que desempeñan otras funciones; por ejemplo, la inflamación, distensión e isquemia, dilatación y espasmo de los órganos internos, ocasionan respuestas intensas en estas fibras multifuncionales y pueden causar dolor importante.

Sistema nervioso periférico

Un número de sustancias algogénicas que afectan la sensibilidad de los nociceptores se liberan en el tejido extracelular como resultado del daño hístico. La histamina, la bradicinina, la acetilcolina, la serotonina y la sustancia P son químicos que incrementan la transmisión del dolor, que se denomina también nocicepción. Las prostaglandinas son sustancias que se cree incrementan la sensibilidad de los receptores del dolor al fomentar el efecto provocador de los receptores del dolor al fomentar el efecto provocador de dolor de la bradicinina. Estos mediadores químicos también causan vasodilatación e incrementan la permeabilidad

vascular, lo que resulta en enrojecimiento calor e inflamación del área lesionada.

Una vez que se inicia la nocicepción, los potenciales de acción nociceptiva se transmiten por el sistema nervioso periférico. Las neuronas de primer orden viajan desde la periferia a la medula espinal a través del cuerpo dorsal. Hay dos tipos principales de fibras implicados en la transmisión de la nocicepción: las fibras mielinizadas más pequeñas A delta transmiten la nocicepción con rapidez lo que produce el dolor rápido inicial; las fibras grandes de tipo C sin mielina transmiten lo que se conoce como segundo dolor, que tiene cualidades sordas molestas o quemantes, y dura más que el dolor rápido inicial. El tipo y la concentración de las fibras nerviosas que transmiten dolor varían según el tipo de tejido.

Sistema nervioso central

Después de que ocurre una lesión hística, continua la nocicepción a la medula espinal a través de las fibras entran al cuerno dorsal, que se divide en láminas basadas.

El tipo celular de lámina II suele denominarse sustancia gelatinosa; en esta hay proyecciones que envían la nocicepción a otras partes de la medula espinal.

La nocicepción continúa de la medula espinal a la formación reticular, al tálamo al sistema límbico y a la corteza cerebral. Aquí la nocicepción es localizada y sus características se hacen aparentes para la persona, incluyendo su intensidad. La implicación de la formación reticular, límbica y de los sistemas de activación reticular, es la causante de las variaciones individuales en la percepción de los estímulos nocivos. Los individuos pueden informar el mismo estímulo en forma diferente con base en su ansiedad experiencias previas y expectativas. Este es el resultado de la percepción consciente del dolor.

Para que el dolor se perciba en forma consciente, las neuronas en el sistema ascendente deben activarse. Esta activación ocurre como resultado de los datos transmitidos desde los nociceptores ubicados en la piel y en los órganos internos. Una vez activadas, las fibras interneuronales

inhibidoras en el cuerno dorsal inhiben o apagan la transmisión del estímulo nocivo, y estimulan la información en la vía ascendente.

Sistema de control descendente

El sistema de control descendente consta de fibras que se originan en la porción inferior y media del cerebro y terminan en las fibras interneuronales inhibitorias en el asta dorsal de la medula espinal .Es probable que, hasta cierto punto, dicho sistema se encuentre activo siempre, ya que evita la transmisión continua de estímulos dolorosos en parte a través de la actividad de las endorfinas. Cuando ocurre la nocicepción el sistema de control descendente se activa para inhibir el dolor.

Los procesos cognitivos pueden estimular la producción de endorfina en el sistema de control descendente. La eficacia de este sistema se ilustra por los efectos de la distracción: recibir visitas o ver un programa agradable de televisión puede aumentar la actividad de este sistema. Por consiguiente, el paciente que recibe

visitas en ocasiones no refiere dolor porque la activación del sistema trasmite menos información nociva o dolorosa. Una vez que finaliza la distracción, la actividad en el sistema disminuye y ocasiona mayor transmisión de estímulos dolorosos.

Las interconexiones entre el sistema neuronal descendente y la vía sensorial ascendente se denominan fibras interneuronales inhibitorias. Estas fibras periféricas no nociceptoras en el mismo campo receptor que el receptor de dolor, y las fibras descendentes, agrupadas en un sistema denominado control descendente. Se cree que las encefalinas y las endorfinas inhiben los impulsos dolorosos al estimular las fibras interneuronales inhibitorias, que a su vez reducen la transmisión de estímulos nocivos por vía del sistema ascendente.

c) CLASIFICACIÓN

Dolor agudo. Aquel causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. También

puede deberse a una función anormal de músculos o vísceras que no necesariamente produce daño tisular efectivo, aun cuando su prolongación podría hacerlo.

Dolor crónico. La persistencia del estímulo, de la enfermedad, o de ciertas condiciones fisiopatológicas, puede conducir al establecimiento de un dolor crónico. Algunos autores lo definen como aquel dolor que persiste por más de un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo razonable para que sane una herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente.

Dolor somático. Es aquel que aparece cuando un estímulo potencialmente dañino para la integridad física excita los receptores nociceptivos. Puede ser agudo, continuo y bien localizado. Estrictamente, debiera incluir el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o sistema nervioso central; sin embargo, frecuentemente se habla de dolor somático propiamente tal cuando los receptores están en la piel, músculos o

articulaciones, y de dolor visceral cuando los receptores activados por el estímulo están en una víscera.

Dolor neuropático. Es el que resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente. El paciente frecuentemente usa términos poco usuales para describirlo, por ser una experiencia nueva. Los síntomas pueden ser focales o más generalizados.

Dolor psicogénico. Es el dolor físico que se produce, por el aumento o prolongación de factores mentales, emocionales o de comportamiento.

d) ESCALAS DE VALORACIÓN DEL DOLOR

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente (Ver anexo A), y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos.

Recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en determinados casos, como pacientes que refieran un dolor severo de inicio, deberíamos pasar directamente al tercer escalón, sin necesidad de ensayar los dos escalones previos con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

Escala Analógica Visual- Eva

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.

En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Escala numérica (En):

Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.

Escala categórica (EC):

Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico.

Escala visual analógica de intensidad:

Consiste en una línea horizontal de 10cm, en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.

Escala visual analógica de mejora:

Consiste en la misma línea, en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total.

Escala SPMSQ de PFEIFFER (short portable mental state questionnaire)

Es una prueba desarrollada por Pfeiffer en el año 1975, con 10 ítems que valoran varias funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Muy breve pero con una aceptable capacidad discriminadora.

Escala de valoración funcional de KARNOFSKY

- Permite conocer la capacidad que tiene el paciente para las actividades de la vida cotidiana.
- Es un elemento predictor independiente de mortalidad, en enfermedades oncológicas y no oncológicas.
- Sirve para la toma de decisiones clínicas y para valorar impacto de tratamiento y progresión de la enfermedad.
- Karnofsky ≤ 50 indica alto riesgo de muerte en los 6 meses siguientes.

e) ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y CONDUCTUALES DEL DOLOR

Ningún signo físico o de conducta es un indicador absoluto de dolor, y por tanto, dentro del contexto clínico deben ser tomadas en consideración las diferentes respuestas que la presencia de dolor provoca en el paciente.

e.1) Conductuales: Aparecen conductas asociadas que variarán en función de la edad. La conducta que se presente estará relacionado con el pensamiento pre – operacional que posee el paciente; así, interpretará al dolor como una experiencia física concreta, manifestándola a través del llanto fuerte, los gritos, agitación de las extremidades, intención de apartar el estímulo causante de dolor, las expresiones verbales de lamento e irritabilidad.

e.2) Fisiológicas: Ante los impulsos transmitidos sobre la vía ascendente, específicamente en el haz espino reticular, activan en parte el sistema nervioso

autónomo, especialmente en el caso de las quemaduras donde el dolor es grave y de comienzo súbito e inesperado. Esta respuesta incluyen cambios cardiovasculares (aumento de la frecuencia cardiaca, tensión arterial), respiratorios (aumento del ritmo, frecuencia respiratoria y disminución de la saturación de oxígeno) y neurovegetativos (aumento de sudoración palmar, dilatación pupilar).

e.3) Neuroendocrinas: Se produce una situación catabólica exagerada (hiperglucemia, acidosis láctica) y un aumento de las principales hormonas de estrés (catecolaminas, cortisol, glucagón). El estado catabólico inducido por el dolor agudo puede ser más dañino para los lactantes y preescolares, que tienen tasas metabólicas más altas y menos reservas nutricionales que los adultos. El dolor conlleva a anorexia, lo que causa una pobre ingesta nutricional y un retardo en la curación de las heridas, alteración en la movilidad, disturbios del sueño, retraimiento, irritabilidad y regresión en el desarrollo.

f) TRATAMIENTO DEL DOLOR

El tratamiento del dolor implica múltiples métodos que incluyen: manejo farmacológico, cambios a nivel de entorno, terapia de la conducta, terapia física, etc.; sin embargo, uno de los componentes más importantes es la interacción del personal de salud a su cuidado con el paciente y sus parientes. Así, el manejo del dolor se da tanto a nivel físico como emocional.

No siempre será posible mantener al paciente en un estado de ausencia total de dolor. En estos casos es importante saber qué repercusiones tendrá el dolor a nivel metabólico, respiratorio o hemodinámico y adecuar los cuidados a dicha previsión. También se deben tener en cuenta los efectos secundarios, previsibles o no, que los fármacos y las diferentes técnicas de analgesia y anestesia pueden tener sobre el paciente (depresión respiratoria, tolerancia, síndrome de abstinencia, alergias).

Tratamientos no farmacológicos

Varios métodos no farmacológicos pueden ser usados para aliviar el dolor, miedo y ansiedad, incluyendo entrenamiento para relajación, imaginación guiada, auto hipnosis y un rango de medios físicos terapéuticos. En general, estos enfoques tienen buena efectividad y excelente seguridad, existen diversos tipos de métodos como:

- a. Método de apoyo:** entre ellos la asistencia familiar, adecuada información brindada, la empatía generada con el paciente y su familia, el grado de participación que tengamos en su cuidado.

- b. Métodos Cognitivos:** aquí se encuentra la distracción como método clave de alivio de dolor sea a través de la música, la visualización y la hipnosis.

Hipnosis: La hipnosis puede ser efectiva para aliviar el dolor o disminuir la cantidad de analgésicos requeridos en casos de dolor agudo y crónico. Pueden ser de gran

utilidad en situaciones difíciles, como lo es en caso de las quemaduras. Aún no se conoce cabalmente el mecanismo mediante el cual actúa la hipnosis, aunque según Moret, ésta no parece estar mediada por el sistema de endorfinas. La eficacia de esta técnica depende de la susceptibilidad hipnótica de individuo, agrega Farthing. En algunos casos, la hipnosis es efectiva en el primer tratamiento y su eficacia puede aumentar con sesiones posteriores; sin embargo, no siempre funciona. En la mayor parte de las situaciones, una persona especialmente adiestrada debe inducir la hipnosis (por lo general, un psicólogo o enfermera con adiestramiento especializado en hipnosis).

Imaginación guiada: Esta técnica puede definirse como el empleo de la imaginación de forma específica para lograr un efecto positivo particular. Por ejemplo, la imaginación terapéutica guiada para la relajación y el alivio del dolor consiste en combinar las respiraciones rítmicas y lentas, descritas como técnica de relajación, con técnicas mentales de comodidad y laxitud. La

enfermera indica al paciente que cierre los ojos, e inhale y exhale lentamente. Con cada exhalación, el paciente imagina que cada vez que espira elimina dolor y tensión, y que el cuerpo queda relajado y cómodo.

Con cada inspiración imagina que absorbe energía curativa que fluye hacia el área de dolor. El alivio del dolor a través de esta técnica puede funcionar para algunas personas y debe usarse únicamente como coadyuvante de otras formas de tratamiento cuya eficacia se ha comprobado.

c. Métodos Conductuales: como la respiración profunda y las técnicas de relajación (la más recomendada por diversos estudios es el yoga, la cual ha resultado muy efectiva).

• **Técnicas de relajación:** Se considera que la relajación de los músculos esqueléticos reduce el dolor al relajar los músculos tensos que contribuyen a éste. Hay cuantiosas evidencias de que la relajación es eficaz

para aliviar el dolor de tipo agudo y crónico; sin embargo, en algunos casos no es del todo eficaz, como en los pacientes post operatorios.

Una técnica de relajación sencilla es la de respiración de tipo abdominal lenta y rítmica. Esta técnica puede utilizarse como técnica de distracción también. Las técnicas de relajación, como otras técnicas, pueden requerir cierta práctica antes de que el individuo adquiera la capacidad de utilizarlas. Se requieren periodos regulares de relajación para combatir la fatiga y la tensión muscular que ocurren en el dolor crónico y que aumentan su intensidad.

d. Métodos Físicos: la estimulación neuroeléctrica y transcutánea que son programas de ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento en el niño sea a través de la terapia física.

Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea:

Requiere de una unidad operada con baterías y electrodos que se aplican a la piel para producir una sensación de hormigueo, vibración o zumbido en la región de dolor. Se ha utilizado en casos de dolor agudo y crónico. Se cree que este método reduce el dolor al estimular los receptores que no transmiten estímulos dolorosos localizados en la misma zona que las fibras que transmiten el dolor. Este mecanismo es coherente con la teoría de control de la puerta del dolor y explica la eficacia de la estimulación cutánea cuando se aplica en la misma región donde se ubica la lesión.

Tratamiento con hielo y calor: Pueden ser estrategias eficaces para aliviar el dolor en algunas circunstancias; sin embargo, su eficacia y mecanismo de acción requieren estudios ulteriores. Se piensa que funcionan mediante la estimulación de los receptores que no transmiten estímulos dolorosos en el mismo campo receptor en que se encuentra la lesión. Para un mayor efecto, el hielo debe colocarse en el sitio afectado

inmediatamente después del proceso doloroso (causante de dolor). Es necesario tener cuidado de proteger la piel de la aplicación directa de hielo, éste no debe aplicarse por más de 20 minutos. La aplicación del calor aumenta el flujo sanguíneo a un área y contribuye a reducir el dolor al acelerar la cicatrización. Tanto el calor seco como el húmedo proporcionan cierta analgesia, pero sus mecanismos de acción no se comprenden en su totalidad. Dentro de las estrategias cognoscitivas para el alivio del dolor, estas varían de acuerdo a la edad.

Tratamiento Farmacológico

Expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud agruparon los analgésicos en tres peldaños de una intervención gradual o escalonada:

Peldaño 1: analgésicos no opioides, principalmente paracetamol, ácido acetil salicílico (AAS) y antiinflamatorios no esteroides.

Peldaño 2: opioides leves, principalmente codeína.

Peldaño 3: morfina y otros opioides fuertes.

Analgésicos no opioides

Analgésicos menores y AINES: Se administran para el tratamiento del dolor leve -moderado, el dolor de características inflamatorias y como coadyuvantes de los opiáceos en el dolor moderado - grave.

- **Derivados del para-Aminofenol:** paracetamol y fenacetina. Su acción se basa en la inhibición de las prostaglandinas a nivel central. El paracetamol (Acetaminofén) es un analgésico y antipirético no opioide generalmente seguro, que tiene la ventaja de administrarse por vía oral y rectal. Además, no produce los efectos gastrointestinales o antiplaquetarios del AAS y los AINES, lo que lo hace un fármaco particularmente útil. A diferencia del AAS y los AINES, tiene una pequeña acción antiinflamatoria.

Las concentraciones plasmáticas de 10-20 ug/ml están asociadas con analgesia y antipiresis. La dosis

oral recomendada es 10-15 mg/Kg cada 4 horas. Cuando se da por vía rectal su absorción puede ser retardada y variable. Las concentraciones plasmáticas terapéuticas son alcanzadas con dosis única rectal de 30-35 mg/Kg, con pico máximo a los 45-70 minutos.

- **AINES:** salicilatos, ibuprofeno, naproxeno, ácido mefenámico, diclofenaco y ketorolaco. La acción analgésica de los AINEs se basa en la inhibición de la enzima ciclooxigenasa a nivel central y periférico, con la consiguiente reducción de la síntesis de prostaglandinas y tromboxanos. Todos los AINEs son inhibidores no selectivos de la enzima ciclooxigenasa, a excepción del ácido acetilsalicílico.

El ketorolaco es un AINE administrado por vía parenteral, y es una alternativa útil en el tratamiento del dolor agudo moderado a severo, en particular cuando los pacientes son incapaces de deglutir medicaciones orales. La dosis recomendada es 0,5 mg/Kg IV ó IM cada 6 horas hasta un máximo de 5 días; dosis más bajas

pueden ser igualmente efectivas. El ketorolaco no es único en su efecto opioide leve, alguna evidencia sugiere que puede haber diferencia clínicamente sentida entre los AINEs en sus efectos analgésicos máximos.

Los efectos adversos de los AINEs incluyen complicaciones gastrointestinales (sangrado y perforación, las más comunes), disfunción renal y hemostasia disminuida.

- **Derivados del pirazol.** metamizol o dipirona magnésica. Son inhibidores centrales de las prostaglandinas e inactivadores del receptor sensibilizado.

Analgésicos Opioides

Son un grupo de fármacos de gran potencia analgésica. Su acción se basa en la unión a receptores del sistema nervioso central que modulan en sentido inhibitorio la nocicepción. Disminuyen el componente emocional subjetivo (sufrimiento, sensación de angustia) y la respuesta autonómica (sudoración, taquicardia) al dolor.

Se utilizan en el dolor moderado-grave y los más prescritos en nuestro ámbito son Codeína, Tramadol, Morfina y Fentanilo, disponiéndose para utilización por vía oral de la codeína, la morfina y el tramadol.

Los opioides actúan mimetizando las acciones de los péptidos opioides endógenos en su unión a receptores en el cerebro, tronco cerebral, médula espinal y sistema nervioso periférico.

Los opioides tienen efectos depresores respiratorios dosis - dependiente y mitigan las respuestas ventilatorias a la hipoxia y la hipercapnea. Los efectos depresores respiratorios pueden ser aumentados con la co-administración de otros fármacos sedantes, tales como benzodiazepinas y barbitúricos. Aunque los opioides pueden ser usados con seguridad, frecuentemente producen efectos adversos como estreñimiento, náusea, vómito, prurito, retención urinaria, espasmo del tracto biliar, euforia, sedación, depresión respiratoria y colapso hemodinámico; a dosis equi analgésicas, todos ellos

pueden producir en grados similares los efectos adversos mencionados. El uso óptimo de los opioides requiere un manejo proactivo y anticipatorio de aquellos efectos.

Con frecuencia, el personal de salud administra poco los analgésicos opioides debido a la preocupación por el riesgo a adicción.

2.2.2. PERFIL DE ENFERMERÍA FRENTE AL DOLOR

La profesión de enfermería se concreta en acciones de cuidado, que reflejan las diversas posibilidades de su abordaje en una situación determinada. En palabras de L. M. Pastor en 1997, el enfermero no es un profesional que colabora estrechamente con el médico, alguien que realiza lo que se le encarga, sino que tiene también sus propias competencias, de las que debe responder y a través de las cuales se realiza como profesional. Para Brennan y M. J. Cousins, la promoción del alivio del dolor es un derecho humano fundamental, esto como una buena práctica médica y ética para el beneficio de los

pacientes, donde la responsabilidad del adecuado alivio y monitoreo del mismo está a cargo del personal de enfermería.

Por otro lado, Harper, citado por Arratia, establece que el conocimiento de enfermería está conformado por patrones de tipo empírico, estético, conocimiento personal y ético. Entre ellos, el ético corresponde a un elemento fundamental en el cuidado como es la relación enfermera(o) - paciente, que se construye sobre la ética del respeto al otro como interlocutor válido, y la intersubjetividad y la comunicación efectiva, teniendo en cuenta y respetando los aspectos culturales, valores y creencias y respetando su totalidad. El cuidado del ser humano sobre todo cuando está de por medio el sufrimiento humano de las personas, el dolor que mitiga la tranquilidad y bienestar.

La Ética en enfermería no se centra solamente en los llamados dilemas bioéticos, sino también en la posición que asume el personal de enfermería frente al dolor, en el sufrimiento del paciente, en el planteamiento del buen cuidado diario a dicho paciente, así como el cuidar de los aspectos que

ayuden a las personas a mantener la salud desde sus propias creencias, costumbres y preferencias. El enfermero centra su atención en el paciente, y su principal objetivo es ayudar a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, favorecer el bienestar y disminuir al mínimo el sufrimiento. De acuerdo con la definición de VIRGINIA HENDERSON, la atención de enfermería es "la ayuda en la promoción, mantenimiento, restablecimiento de la salud, y favorecer el bienestar del paciente, disminuyendo el sufrimiento y dolor en los pacientes ⁽¹³⁾."

ERNESTINE WIEDENBACH, refiere que las acciones que realiza la enfermera ante una necesidad de ayuda hacia el paciente se distinguen en cuatro etapas. En la primera, la enfermera aplica sus dotes de observación para analizar y escuchar los rasgos de la conducta, en la segunda explora el significado del comportamiento que manifiesta el paciente. En tercer lugar establece la causa de su malestar o incapacidad y por ultimo determina si el paciente es capaz o no de resolver el problema por si solo o por el contrario, necesita ayuda ⁽¹³⁾.

JEAN WATSON, la enfermera está interesada en comprender la salud, la enfermedad y la experiencia humana. Define a la enfermería como una disciplina interrelacionada con la calidad de vida. Watson se preocupa de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y sostiene también que al tratar a los individuos como únicos y genuinos, la persona que presta la asistencia es capaz de percibir sus sentimientos y de reconocer realmente su excepcionalidad. Define a la empatía es la capacidad de experimentar y por tanto de comprender las percepciones y sentimientos de la persona y de comunicarle esta expresión ⁽¹³⁾.

JOYCE TRAVELBEE, el objetivo de la enfermería se consigue por medio del establecimiento de una relación de persona a persona, todas las personas se enfrentan a la enfermedad y el dolor, la calidad y la cantidad de la asistencia sanitaria prestada a un ser humano enfermo depende mucho de la percepción que tenga la enfermera acerca del paciente. Y define a la empatía como un proceso por el cual una persona es capaz de comprender el estado psicológico de otra ⁽¹³⁾.

IMOGENE KING, establece que la Enfermería es una profesión de tipo asistencial que ayuda a los individuos y a la sociedad a conseguir, conservar y recuperar la salud. La enfermera debe percibir, pensar, relacionar y actuar según el comportamiento de los individuos que requieren cuidados de Enfermería.

El cuidado de enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social, la cual se expresa a través del cuidado de enfermería donde radica su naturaleza humana y social, y en la relación interpersonal que se establece entre el profesional de enfermería y el sujeto cuidado. En esta interacción con el sujeto cuidado, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser con otros, es decir, la empatía es un elemento fundamental del cuidado. Puede decirse, entonces, que en esencia el cuidado de enfermería es un proceso de interacción sujeto - sujeto dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización de sus necesidades humanas fundamentales. Por tanto, el término "cuidado" implica para el

profesional de enfermería el objetivo esencial de la profesión, la cual necesita para su ejercicio de conocimientos, técnicas y habilidades, así como de saber hacer uso de ellos, a partir de unas actitudes o virtudes morales que permitan enfocar el cuidado en la mejor dirección.

2.2.3. LAS ACTITUDES

El origen de la palabra actitud proviene del italiano ATTITUDINE y es usado de la misma raíz que aptitud; significando originalmente posición del cuerpo adecuada para cierta acción; indicando cierta dirección del cuerpo; de aquí que lo hicieran extensivo a la mente ⁽¹⁵⁾.

Actitud según la definición de la Filósofa Vera Regina Waldow ⁽¹⁶⁾:

“Cualidad necesaria para el desarrollo de las actividades de enfermería, patrón que incluye en el bienestar o estatus de la salud del paciente asistiendo, apoyando, capacitando y facilitando su recuperación, destacando gentileza, seguridad,

disponibilidad, interés, ofrecimiento de apoyo, respeto, consideración, compasión, confianza, etc. ”.

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia ⁽¹⁵⁾.

CALKIN (1951) Fue el primero en emplear técnicamente el termino de actitud, refiriéndolo a ciertas relaciones básicas del yo con sus objetos: Receptividad, actividad, simpatía, atención, egoísmo, altruismo, posteriormente se usó el terminó

para traducir “Bewusstseinslage” que es la denominación usada para aquellos estados de tono afectivo, tales como: certeza, aprobación; etc. THURSTONE lo usa para una enunciación verbal sincera de aprobación- desaprobarción; en este último sentido denomina aquella preferencia estimativa del sujeto que caracteriza su manera típica de comportarse frente a la realidad.

THURSTONE (1989) con respecto a la actitud, sostiene que “Es la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas; ideas, temores y convicciones acerca de un determinado objeto”.

PICHOT: (1987) afirma que “Las actitudes son un conjunto de respuestas simbólicas adquiridas, asociadas a objetos personas o situaciones, habitualmente se destruye de lo favorable a lo desfavorable”.

YOGUN K. (1976) afirma “Se puede definir una actitud como tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positivo o

negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto, persona o grupo de personas”.

KERLINGER “La actitud es una predisposición organizada para sentir, recibir y comportarse hacia un referente (categoría que denota: fenómeno, objeto, acontecimiento, construcciones hipotéticas, etc.). En cierta forma es una estructura estable de creencias que predisponen al individuo a comportarse selectivamente ante el referente o el objeto cognoscitivo”.

KLINEBERG en su libro “Psicología Social” (1965); sostiene que “la actitud es el estado de disposición para despertar tipos de reacción o estado propicio para cierto tipo de reacción” (17).

El científico S.L. RUBINSTEIN (1983) considera que la actitud constituye un sentimiento generalizado que adquiere demanda estabilidad, esto es lo que diferencia la actitud afectiva del estado afectivo, la actitud puede presentarse también como tendencia, lo cual así mismo puede manifestarse

como estado actual de la persona, o con tendencia u orientación generalizada y estable.”

Finalmente PORTUGAL L. (2000), considera que: “el concepto de actitud designa un estado de predisposición Psicológica adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones: siendo una predisposición a la acción”.

Gracias a las definiciones de actitud expuestas, encuentro acuerdo esencial en lo siguiente:

- a. Existe acuerdo en que la actitud es una predisposición a responder a un objeto y no la conducta efectiva hacia el objeto.
- b. Se reconoce que la actitud es una organización duradera, lo cual no significa que sea inmutable.
- c. La existencia de un objeto motivador o estímulo que permite al individuo reaccionar ante dicho estímulos motivacionales y la valoración de los mismos.

- d. La actitud tiene una cualidad direccional o característica motivacional, la que connota evaluaciones e impresiones positivas, indiferentes o negativas con respecto al objeto.

Realizando un análisis sobre las definiciones de los autores citados sobre las actitudes; apreciamos que las actitudes se aprenden por lo tanto no son hereditarias; ya que son el producto del medio social, siendo estados inferidos del organismo, que se adquieren de manera semejante a como lo hacen otras actividades internas aprendidas y son al mismo tiempo predisposiciones a responder; pero se distinguen de otros estados similares en que predisponen a una respuesta evaluativa.

PROPIEDADES DE LAS ACTITUDES:

- a) **Dirección:** La actitud puede ser positiva o negativa, aunque es necesario aclarar que en algunos casos es explicable que existan las actitudes neutrales las que se dan cuando las actitudes de una persona no son positivas ni negativas hacia el objeto.

- b) Intensidad:** Es la fuerza con la que son mantenidas las actitudes, siendo alta si el individuo está fuertemente convencido de lo justificable de la actitud, y baja si el individuo no lo está.
- c) Estabilidad:** la actitud es estable si permanece invariable por un largo periodo.
- d) Fortaleza:** La actitud es fuerte, si a pesar de la persuasión y propaganda, es difícil de cambiar, y suave si fácilmente cambia.
- e) Importancia:** Si la actitud influye sobre la conducta de una persona en muchos campos de su actividad, entonces se le denomina de gran importancia.
- f) Visibilidad, Observabilidad o Relevancia Externa:** esta es alta, si es fácil de concluir a partir de observaciones sobre la conducta del individuo como el modo de hablar, sus acciones, gestos, etc., de que dicho individuo tiene cierta actitud ⁽²⁹⁾.

COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

Como ya se ha indicado, la condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye la mayor dificultad para su estudio y determinación de manera directa. Sin embargo existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple mediante la cual se manifiestan sus tres componentes básicos expresados:

a. Componente cognoscitivo: Incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Implica el “conocimiento verdadero” que poseen las personas de un referente. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación.

b. Componente Afectivo: Son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o

emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado.).

c. Componente conativo o motivacional: Muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Este elemento comprende tanto el aspecto de la energía como desencadenamiento (acto) conductual. Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes.

Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto. ⁽¹⁷⁾

CLASIFICACIÓN O ESTRUCTURA DE LA ACTITUD

La actitud puede clasificarse de la siguiente manera:

Aceptación: consiste en estar de acuerdo con lo que se realiza, es decir, el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto; generalmente está unido con los sentimientos de apoyo, ayuda y comprensión.

Rechazo: es cuando el sujeto evita el objeto, motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante.

Indiferencia o Neutralidad: es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en muchos casos el aburrimiento. Es uno de los indicadores tan útil como el de los demás ya que cuando la especificación de la estructura de la actitud se da en grados de aceptación, rechazo y neutralidad ⁽¹⁸⁾.

IMPORTANCIA DE LA ACTITUD

Para Wyer y Strull (1994). Citado por Baron A. (1998). Las actitudes son muy importantes por dos razones. En primer lugar, influye fuertemente en el pensamiento social o forma en que pensamos sobre la información social y la procesamos.

En segundo lugar las actitudes menudo funcionan como esquemas, marcos cognoscitivos que organizan la información sobre conceptos específicos situacionales o acontecimientos. Como por ejemplo, imaginamos a dos personas que tienen actitudes muy diferentes sobre la pena capital una de ellas, esta, totalmente a favor de la pena de muerte para los criminales convictos, mientras el otro está profundamente en contra. Ambos leen un artículo en el periódico describiendo un experimento reciente que indican que la tasa de asesinatos no es inferior en países que tienen la pena de muerte. ¿Interpretarán esta información de diferente modo estas dos personas? Debería ser así. La persona que está en contra de la pena de muerte puede decir: “mira, es lo que siempre pensaba, ejecutar a las personas no es útil, no disuade a otras

personas de cometer crímenes similares”. Por el contrario, la persona a favor de la pena capital puede pensar. La pena capital no está pensada para disuadir a otros criminales, su función principal es eliminar a las personas peligrosas para que no hagan daño a otras víctimas”.

CAMBIO DE LAS ACTITUDES

Para el desarrollo de este importante tema, consideramos conveniente adoptar las apreciaciones del autor Aroldo Rodríguez (1976) quien sostiene: “No obstante que sabemos que las actitudes son relativamente estables, están sujetos a cambios. En el mundo actual en el que recibimos una cantidad de información realmente abrumadora y el progreso de la ciencia ha permitido el perfeccionamiento de medios de comunicación lo que conduce a una nueva dimensión cultural, caracterizada por una dimensión acústica. La radio, la televisión y el internet, pasaron a ser los principales medios de divulgación y penetración, a través de noticias e ideas capaces de provocar cambios de actitud.

Existen tres componentes que integran las actitudes sociales que ejercen mutua influencia hacia un estado de armonía, cualquier cambio que se registre en uno de estos tres componentes es capaz de modificar a los demás:

a) Cambio componente cognoscitivo: Puede conducir a un cambio relativo a la conducta.

En el estudio que hicieron los autores EUTACH y CELLINS, que una persona tenga una actitud prejuiciosa hacia los negros, viva en un conjunto residencial junto a ellos redundaba en una modificación de la actitud negativa inicialmente mostrada con las personas de la mencionada raza. El estudio nos da suficientes pruebas, de que el motivo del cambio se debió a la modificación de la persona prejuiciosa, de que muchas de sus creencias eran falsas, creía por ejemplo que todos los negros eran sucios, holgazanes y con fuertes tendencias a cometer actos delictivos, entre otros; pero la oportunidad que tuvo de convivir con ellos, cambio dichas cogniciones, creando a su vez una reestructuración cognoscitiva al modificar los

componentes afectivos y relativos a la conducta con dichas creencias, lo que trajo como resultado la extinción del prejuicio y la emisión de una conducta amistosa hacia las personas de raza negra.

b) Cambio de componente afectivo: Como otro ejemplo se puede ilustrar el cambio de este componente. Supongamos que debido a una desavenencia cualquiera, sin un fundamento cognoscitivo real, modificamos nuestra relación afectiva hacia una determinada persona, el cambio registrado en este componente de las actitudes, nos conducirá a emitir conductas hostiles hacia dichas personas; así como atribuirles una serie de defectos (componente cognoscitivo) capaces de justificar y de hacer congruentes el cambio de nuestro afecto, de igual modo si por un motivo u otro nos empieza a gustar una persona que no nos gustaba anteriormente, todo aquello que era considerado como defectos capitales de la persona en cuestión, pasa a ser percibido mucho más benignamente e incluso, hasta como virtudes.

c) Cambio en el componente relativo a la conducta:

Imposición de una determinada conducta, como por ejemplo la de que los padres les exijan a sus hijos a estudiar en un colegio que a dichos hijos no les gusta; pero sin embargo a juicio de los padres, les brindará mayores beneficios en el futuro. Tal situación puede traer como consecuencia componentes cognoscitivos y afectivos en relación con el colegio, haciendo objeto de una actitud positiva por parte de los niños.

d) Influencia ejercida por el comunicador sobre el

fenómeno de cambio de actitudes: Según Havland, Jenis y Kelley (1953), para que una persona cambie de actitud, es importante que la misma reciba incentivos, la actitud deseada debe de ser provocada a través de incentivos y reforzada para que se incorpore al repertorio de conductas de la persona.

La credibilidad y la competencia del comunicador son, según Hovland y Weies, características importantes para la obtención de una comunicación persuasiva y eficaz, si el

receptor percibe al comunicador como alguien competente; y lo percibe también convincente en lo que está afirmando y busca transmitir. Influencia ejercida por la forma de presentación de la comunicación sobre el fenómeno del cambio de actitud.

El autor A. Rodriguez, cita las siguientes:

- Los argumentos más importantes en primer lugar y los menos importantes en segundo lugar.
- La argumentación, precede a la conclusión.
- Presentación de argumentos exclusivamente a favor de lo que se pretende, o inclusión también de los argumentos contrarios a lo que se persigue con la comunicación persuasiva.
- Recurrir a argumentos provocadores de miedo.

FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

Morales F. (1996), Sostiene que conforme a las personas acceden a puesto de responsabilidad y mandato dentro de la

empresa, manifiestan por lo general una actitud más favorable hacia los puntos de vista de la dirección. Estos cambios de orientación de las personas indican que las personas indican que las actitudes se están modificando continuamente, que las asociaciones objeto-evaluación que existen en la memoria son susceptibles de cambios, teniendo las siguientes funciones actitudinales.

- Función de evaluación de objetos:

La función actitudinal es la de evaluación de un objeto del mundo social. La primera función actitudinal es la de evaluación de los objetos del mundo social. Tener una actitud hacia un objeto es más funcional para la persona que no tiene ninguna, puesto que por sólo ese hecho puede orientar su acción y sabe lo que es conveniente hacer y lo que es preferible evitar en todo lo relacionado con el objeto de la actitud.

- Funciones de ajuste social y expresión de valores:

En ocasiones, la orientación predominante de una persona o grupo de personas las predispone a mantener adoptar actitudes que cumplen una función determinada.

FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES

Según Baron R. (1998), las actitudes constan de dos principios:

Primer principio:

Las actitudes se adquieren a través de la experiencia, lo cual quiere decir que estas se aprenden; las adquirimos de otras personas a través del proceso del aprendizaje social tiene un lugar a través de infinidad de procesos. Por ejemplo un niño que tiene poca o ninguna reacción emocional a las características de estas épocas. Sin embargo después de que la madre muestre enfados emocionales repetidas veces, el niño adquiere las reacciones más negativas a las mismas características.

Segundo principio:

Las actitudes también adquieren su forma a través de la comparación social, proceso básico y principal que influye en muchos aspectos del comportamiento social, como son la atracción, las relaciones interpersonales y las percepciones de equidad.

Así a medida en que nuestras opciones coinciden con la de los demás, concluimos que nuestras ideas y actitudes son exactas; después de todo, si los demás tienen las mismas opciones éstas: ¡deben de ser correctas! Debido al funcionamiento de este proceso, a menudo combinamos nuestras actitudes de forma que se acerquen en mayor medida a las perspectivas de los demás.

Por ejemplo, si se escucha a personas que nos agradan y respetamos, expresar opiniones negativas hacia un grupo con el cual no hemos tenido ningún contacto. ¿Influiría ello en nuestras opiniones? probablemente sí, aunque sea tentador decir “No me formaría ninguna opinión sin ver ni tratar a las personas de dicho grupo por mí mismo” los hallazgos de la investigación indican que oír a otro sentir opiniones negativas pueden realmente influir en la adopción de actitudes similares incluso sin conocer a ningún miembro del grupo en cuestión.

MECANISMOS PSICOSOCIALES EN LA FORMACIÓN DE ACTITUDES

Imitación: ya que aprendemos modos específicos de conducta frente a objetos diferenciales.

Instrucción: donde se desarrollan los dilemas entre lo comprendido frente a un referente específico y la conducta real que observamos de las demás personas frente a dicho referente.

Condicionamiento: por determinada actitud que se asume frente a un referente específico, el determinante de la continuación de dicha actitud será el premio o castigo que se reciba.

Experiencia: considerado como el factor más poderoso para aprender las diversas actitudes.

MEDICIÓN DE LAS ACTITUDES

La medición consiste sustancialmente en una observación cuantitativa atribuyendo un número a

determinadas características o rasgos del objeto o fenómeno observado.

En lo que refiere a medir, el autor LORD KELVIN, citado por ANDER (1980) sostiene que “no hay verdad científica si no aquello que se puede cuantificarse”.

Las escalas: Una escala constituye un recurso para medir algo en concreto; todos los objetos tienen varias dimensiones y características que puedan ser de medida. Al elaborar las escalas el interés se centra en el desarrollo de la escala de medición para atributos Psicológicos, medir en sentido amplio es asignar numerales a objeto de acuerdo a reglas establecidas. Para el autor DAVID krech (1985) “Las escalas de las actitudes consiste en una serie de frases o ítems a los cuales el individuo responde. El perfil de sus respuestas proporciona un procedimiento para establecer ciertas afirmaciones de la actitud en cuestión”.

El autor GENE SUMMER (1976) al respecto afirma: “La elaboración de actitudes es una aplicación particular del

proceso general de la elaboración de escalas psicológicas que a su vez pretende medir las propiedades abstractas de la experiencia humana”. Dicho autor agrega que cualquier procedimiento para elaborar escalas tiene tres grupos de variables los cuales son: los estímulos; es un conjunto de ítems que se eligen para evaluar las actitudes; los sujetos quienes constituyen la muestra integrante de estudio de las actitudes a quienes se les presenta los ítems; y finalmente las respuestas que den a los estímulos los sujetos de la muestra.

Tipos de escalas para la medición de actitudes y opiniones.

Según el autor EZEQUIEL ANDER (1980). Las actitudes solo se pueden medir indirectamente, mediante el uso de escalas en las que se una serie de afirmaciones; proposiciones y juicios sobre los que se ha de manifestar acuerdo indiferente o desacuerdo y a partir de ello, deducir las actitudes ⁽³²⁾.

Dicho autor sostiene que existen muchas escalas pero las más formalizadas y confiables son la escala de Thurstone, el escalograma de Guttmán en especial la:

Escala de Likert

Las actitudes tienen diversas propiedades entre las que destacan:

Actitud Favorable.- Es la respuesta afectiva de comportamiento, la motivación para actuar (afectividad) y el principio que guía sus conocimientos de la enfermera sobre sus acciones y decisiones, con un puntaje de 77 - 86 puntos.

Actitud Medianamente favorable.- Es la poca respuesta afectiva de comportamiento, regular motivación para actuar y el poco principio que guía sus conocimientos de la enfermera sobre sus acciones y decisiones, con un puntaje de 66 - 76 puntos.

Actitud Desfavorable.- Es una respuesta no afectiva de comportamiento, desmotivación para actuar sin principios que guíen sus conocimientos de la enfermera sobre sus acciones y decisiones, con un puntaje de 58 - 65 puntos.

2.2.4. TEORÍA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA SEGÚN IDA JEAN ORLANDO

Ida Jean Orlando nació el 12 de agosto de 1926. En 1947 se diplomó en enfermería en el New York Medical College. Durante sus años de formación, Orlando trabajó de forma intermitente, y a veces simultánea, como enfermera de plantilla en servicios de medicina, cirugía, obstetricia y urgencias., tras obtener el master en 1954, Orlando trabajó en la escuela de enfermería de Yale, en New Haven, durante 8 años. Trabajó como asesora en enfermería clínica en el Mc Lean Hospital de Belmont, Massachusetts, desde este cargo estudió las interacciones entre enfermeras y los pacientes, sus colegas y otros miembros del personal, también analizó la influencia de estas interacciones en los procesos aplicados por la enfermera para ayudar a los paciente. Desde 1972 a 1981 Orlando impartió clases, trabajó como asesora y dirigió unos 6 talleres sobre su teoría en los estados unidos y Canadá. La teoría de Orlando resalta la relación que se establece entre el paciente y la enfermera.

a) Principales conceptos y definiciones

Orlando describe su modelo como articulado en torno a cinco grandes conceptos interrelacionados: 1) la función de la enfermería profesional,2) el comportamiento que presenta el paciente,3) la respuesta inmediata o interna de la enfermera,4) la disciplina del proceso de enfermería,5) la mejoría.

- **Responsabilidad de la enfermera.-** Cualquier ayuda que el paciente pueda requerir para satisfacer sus necesidades(es decir para asegurar su bienestar físico, y mental en la medida de lo posible al tiempo que recibe cierta forma de tratamiento o supervisión médica). Es responsabilidad de la enfermera ver que se cubre la necesidad de ayuda del paciente, ya sea directa, ente por la propia actividad o por medios indirectos, mediante la ayuda de otras personas.
- **Necesidad.-** Se define, en el entorno de una situación, como un requerimiento del paciente que, si se satisface,

alivia o reduce el malestar inmediatamente y mejora su sensación inmediata de comodidad y bienestar.

- **Conducta que presenta el paciente.-** Cualquier comportamiento observable, verbal o no verbal.
- **Reacciones inmediatas.-** Incluyen las percepciones, pensamientos y sentimientos individuales de la enfermera y el paciente.
- **Disciplina del proceso de enfermería.-** Abarca la comunicación por parte de la enfermera al paciente acerca de su reacción inmediata, identificando claramente que se trata de un elemento que corresponde a la enfermera y solicitando su corrección y validez.
- **Mejoría.-** significa evolucionar a mejor, sacar provecho, utilizar ventajosamente.
- **Objetivo de la enfermería.-** Suministrar la ayuda que precisa al paciente para satisfacer sus necesidades.
- **Acción de enfermería automática.-** Toda aquella que se decide por razones ajenas a la necesidad inmediata del paciente.

- **Acción de enfermería deliberada.-** La que se decide tras identificar una necesidad del paciente y con el fin de satisfacerla.

b) Supuestos Principales

- **Enfermería.-** Afirma que la función de la enfermería profesional se conceptualiza en como la averiguación y la satisfacción de la necesidad de ayuda inmediata del paciente. Es responsabilidad de la enfermera ver que se cubren las necesidades de ayuda del paciente de forma directa por la propia actividad o indirectamente reclamando su atención por otros profesionales de la salud.
- **Persona.-** Orlando asume que la persona se manifiesta con acciones verbales y no verbales, admite que las personas son capaces de satisfacer su propia necesidad de ayuda en algunas situaciones, pero sufren cuando se sienten incapaces de ello. También sostiene que cada paciente es único e individual en su respuesta.

- **Salud.**-Orlando no define salud, pero supone que la inexistencia de malestar físico o mental y los sentimientos de conformidad y bienestar contribuyen a ella.
- **Entorno.**- Supone que se produce una situación típica de enfermería cuando se establece un contacto entre la enfermera y el paciente y ambos perciben, piensan, sienten y emprenden acciones como respuesta a situaciones inmediatas. Por otra parte sostiene que un paciente puede reaccionar con incomodidad ante algunos aspectos del entorno que fueron diseñados con fines terapéuticos.

c) Afirmaciones Teóricas

Jean Orlando en sus afirmaciones teóricas manifiesta que, existe una correlación positiva entre la duración del tiempo en que el paciente experimenta necesidades insatisfechas y el grado de incomodidad que se produce.

- Las personas que entablan un contacto participan en un proceso de acción que incluye la observación mutua de su conducta, los pensamientos y sentimientos que resultan de esta observación y las acciones que adopta cada uno como respuesta de reacción.
- Cuando una enfermera interviene se produce un proceso de acción, esta acción en el contacto con el paciente se denomina proceso de enfermería y puede ser automático o deliberado. Cualquiera que sea la conducta del paciente observada por la enfermera debe verse como un posible indicio de sufrimiento.
- La percepción de la conducta del paciente genera pensamientos y sentimientos en la enfermera, Orlando define la reacción inmediata como la que incluye la percepción, la estimulación física de cualquiera de los cinco sentidos, el pensamiento, o idea que surge en la mente del individuo, y el sentimiento que es un estado mental que se inclina a la persona en favor o en contra de ciertas percepciones, pensamientos o sentimientos.

La reacción de la enfermera precipita las acciones de enfermería.

- Las acciones automáticas de enfermería se definen como las que no tienen nada que ver con la averiguación y la satisfacción de las necesidades de ayuda del paciente, en cambio las acciones de enfermería deliberadas son las que han sido diseñadas para identificar y satisfacer la necesidad inmediata de ayuda al paciente y por tanto cumplir la función profesional de esta disciplina.
- El proceso de enfermería que se define según Orlando estaría compuesto por los siguientes elementos básicos: la conducta del paciente, la reacción de la enfermera y las acciones de enfermería diseñadas en beneficio del paciente la interacción mutua de estos elementos conforman el proceso de enfermería.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

PACIENTE HOSPITALIZADO (medicina-cirugía).-Es alguien que es "admitido" en un hospital y que permanece allí durante una noche o durante un periodo indeterminado, normalmente varios días o semanas. Por padecer una dolencia o una disfuncionalidad física o psicológica.

ACTITUD DE LA ENFERMERA FRENTE AL DOLOR.- Es la respuesta afectiva de comportamiento, la motivación para actuar (afectividad) y el principio que guía sus conocimientos de la enfermera sobre sus acciones y decisiones, hacia el dolor que experimentan los pacientes del hospital Hipólito Unanue, obtenida mediante una escala tipo Lickert cuyo valor final será de favorable, medianamente favorable o desfavorable.

EXPRESION DE DOLOR.- Son la manifestaciones observables (orgánico) y no observables (psicológico) que expresa el paciente a causa de un daño hístico, funcional, emocional o espiritual .Esta expresión puede ser verbal, no verbal o conductual.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio tiene un enfoque de tipo cuantitativo porque mide la variable de estudio, vincula conceptos abstractos junto con indicadores numéricos; es de nivel aplicativo debido a que los resultados contribuirán a la motivación y concientización de las autoridades para así planificar estrategias que permitan contribuir con el propósito de estudio. Según el análisis y alcance de los resultados, es de método descriptivo simple porque describe la variable de estudio y las características que presenta mas no la explica; según el periodo y secuencia del estudio, es de corte transversal porque estudia la variable en un determinado periodo de tiempo y espacio ⁽³¹⁾.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población y muestra de estudio estuvo constituida por las enfermeras que brindan sus cuidados a los pacientes con problemas

patológicos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna. Estuvo conformada por 24 enfermeras que actualmente trabajan en los servicios de medicina y cirugía, cuyas características definitorias se encuentran en los criterios de inclusión. El tipo de muestreo es el no probabilístico por conveniencia.

Criterios De Inclusión

- Profesional de enfermería programado para atención en los servicios de medicina y cirugía del hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Profesional de enfermería que otorguen su consentimiento verbal para su inclusión en el estudio.

Criterios De Exclusión

- Profesional de enfermería no programado para atención en los servicios de medicina y cirugía del hospital Hipólito Unanue de Tacna
- Profesional de enfermería que no otorguen si consentimiento verbal para la realización de la investigación.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario porque la encuesta es una técnica de investigación de campo; para lograr un mayor acopio de información, la encuesta suele utilizarse como una alternativa a las restricciones que presenta la observación. Se basó en la realización de ciertas preguntas encaminadas a obtener determinados datos.

En este trabajo de investigación hemos utilizado el instrumento del cuestionario porque tuvo la ventaja de que puede aplicarse en mayor cantidad que la entrevista dada la relativa sencillez del procedimiento para hacerlo. El cuestionario estuvo constituido por una serie de preguntas dirigidas a obtener información precisa entorno a un tópico específico. El instrumento utilizado fue una encuesta elaborada por Ramírez Argumé R. en el año 2009 en su investigación titulada actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras y fue modificada por el investigador del presente estudio.

LAS ESCALAS DE OPINION Y ACTITUDES:

Una actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de manera favorable o desfavorable frente a un objeto o sus símbolos asociados. Los métodos más conocidos para medir estas actitudes son dos: el método de escala de Lickert y la escala de diferencial semántico:

Escala de Lickert:

Se presenta una afirmación que puede ser favorable o positiva, o bien desfavorable o negativa y luego se proporcionan alternativas graduadas de respuesta. El sujeto debe contestar señalando una de esas alternativas. (Ver anexo B)

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento fue una Escala tipo Lickert, la cual consta de la presentación, instrucciones, datos generales, y los datos específicos con 20 enunciados en las cuales se encuentra los enunciados de acuerdo a las dimensiones, cada una con 5 posibilidades de respuesta (“totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “indeciso”, “en desacuerdo”, “totalmente en desacuerdo”), a las cuales se les asignó

una puntuación específica (codificación de datos) según la base teórica revisada. Luego de la sumatoria de cada puntuación, se obtiene un puntaje total por cada enfermera encuestada, el cual se clasificó según la categorización de la escala de estatores en la variable y en cada dimensión pudiendo adoptar como valor final una actitud favorable, medianamente favorable y desfavorable.

El instrumento fue sometido a pruebas de validez y confiabilidad; así, para la prueba de validación del instrumento se recurrió prueba de distancias de puntos múltiples. (Ver anexo C). Para la confiabilidad del instrumento se utilizó la fórmula del Alfa de Crombach (Ver anexo D).

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez codificado los instrumentos de recolección de datos se procedió a la creación de una base de datos en la hoja de cálculo Excel 2013, seguidamente mediante el apoyo del software estadístico SPSS versión 21 se procedió a construir los cuadros de frecuencias y cuadros de contingencia. A los cuadros que se obtuvieron se les aplicó las pruebas estadísticas respectivas.

**CAPITULO IV
DE LOS RESULTADOS**

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 01

**ACTITUD DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR
QUE EXPERIMENTAN LOS PACIENTES
DE MEDICINA Y CIRUGÍA
2014**

| ACTITUD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| Desfavorable | 6 | 25,0 % |
| Medianamente favorable | 11 | 45,8% |
| Favorable | 7 | 29,2 % |
| TOTAL | 24 | 100,0 % |

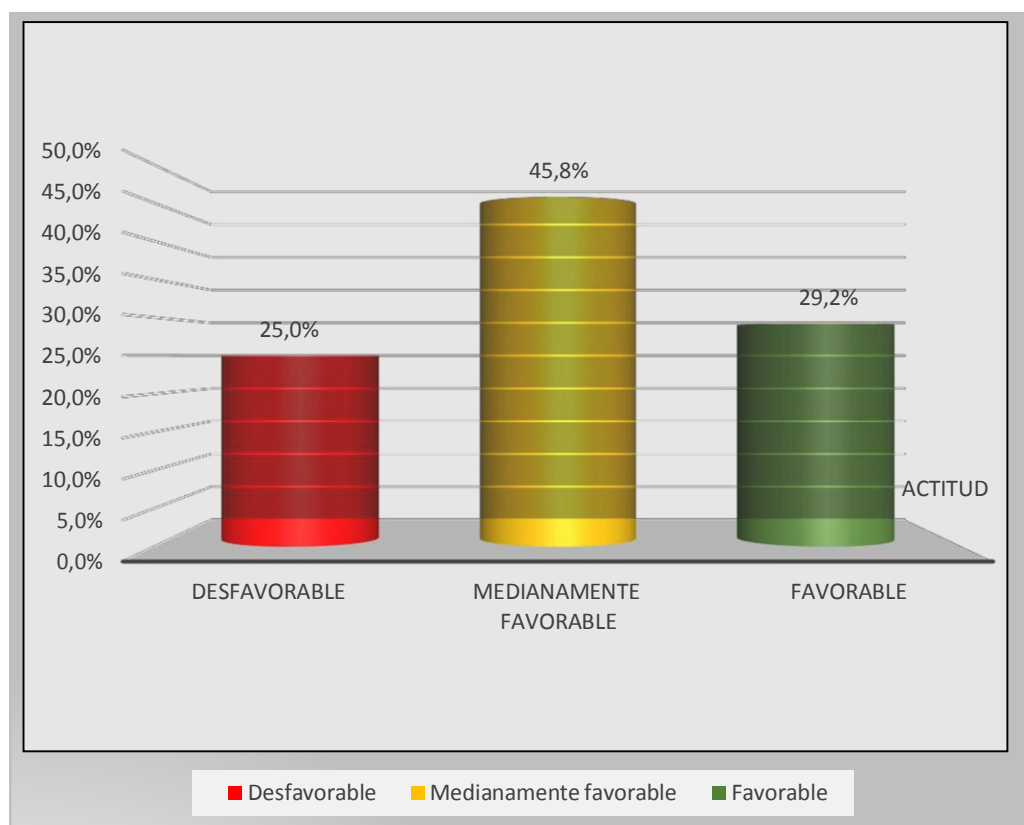
*Fuente: Enfermeras(o) del hospital Hipólito Unzué-servicios de medicina y cirugía Tacna 2014.
Elaborado por: Ramírez Argumé R. 2009.*

DESCRIPCION:

En la **tabla N° 01**, Acerca de la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimenta el paciente; el 45,8% expresan una actitud medianamente favorable, el 29,2 % expresan una actitud favorable y solo el 25,0 % expresan una actitud desfavorable.

GRAFICO N° 01

ACTITUD DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS PACIENTES DE MEDICINA Y CIRUGÍA 2014



Fuente: Enfermeras(o) del hospital Hipólito Unanue-servicios de medicina y cirugía Tacna 2014.
Elaborado por: Ramírez Argumé R. 2009.

TABLA N° 02

**CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR
QUE EXPERIMENTAN LOS PACIENTES
DE MEDICINA Y CIRUGÍA
2014**

| CONOCIMIENTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Desfavorable | 9 | 37,5% |
| Medianamente favorable | 13 | 54,2% |
| Favorable | 2 | 8,3% |
| TOTAL | 24 | 100,0 % |

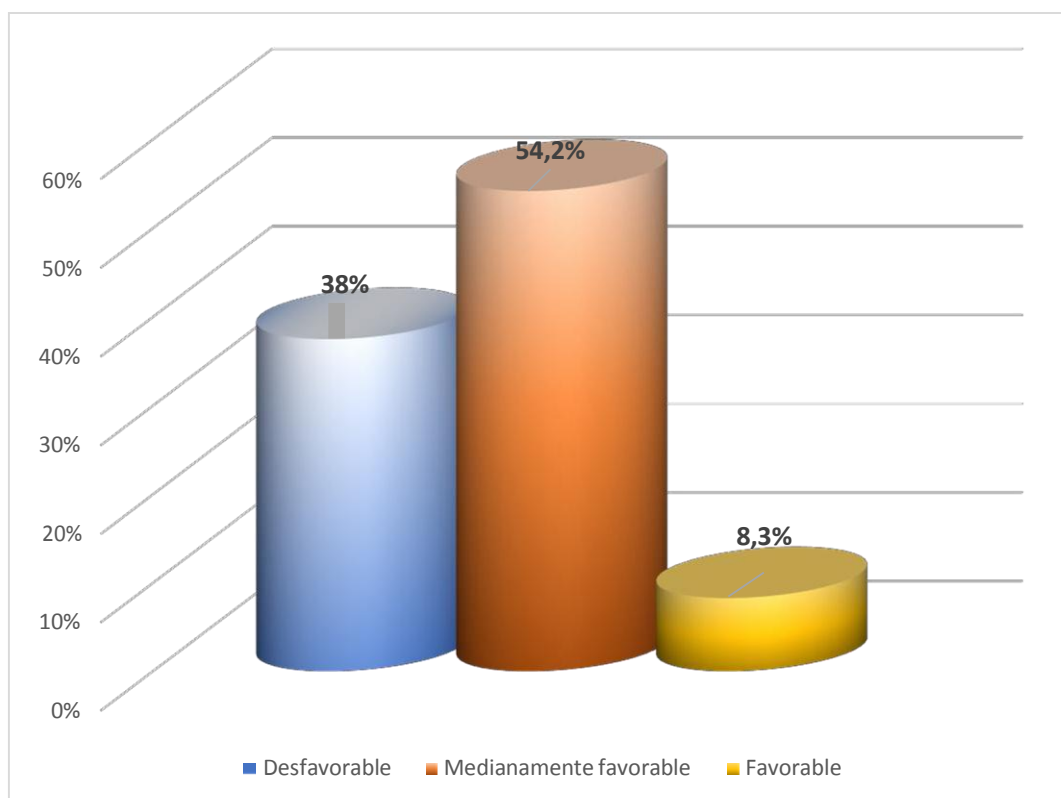
*Fuente: Enfermeras(o) del hospital Hipólito Unanue-servicios de medicina y cirugía Tacna 2014.
Elaborado por: Ramírez Argumé R. 2009.*

DESCRIPCION:

En la tabla N° 02, Acerca del conocimiento de la enfermera hacia al dolor que experimenta; el paciente el 54,2% expresan un conocimiento medianamente favorable; el 37,5% expresan un conocimiento desfavorable y solo el 8,3% expresan un conocimiento favorable.

GRAFICO N° 02

CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS PACIENTES DE MEDICINA Y CIRUGÍA 2014



Fuente: Enfermeras(o) del hospital Hipólito Unanue-servicios de medicina y cirugía Tacna 2014.

Elaborado por: Ramírez Argumé R. 2009.

TABLA N° 03

**AFECTIVIDAD DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR
QUE EXPERIMENTAN LOS PACIENTES
DE MEDICINA Y CIRUGÍA
2014**

| DIMENSIÓN AFECTIVIDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Desfavorable | 7 | 29,2% |
| Medianamente favorable | 14 | 58,3% |
| Favorable | 3 | 12,5% |
| TOTAL | 24 | 100,0% |

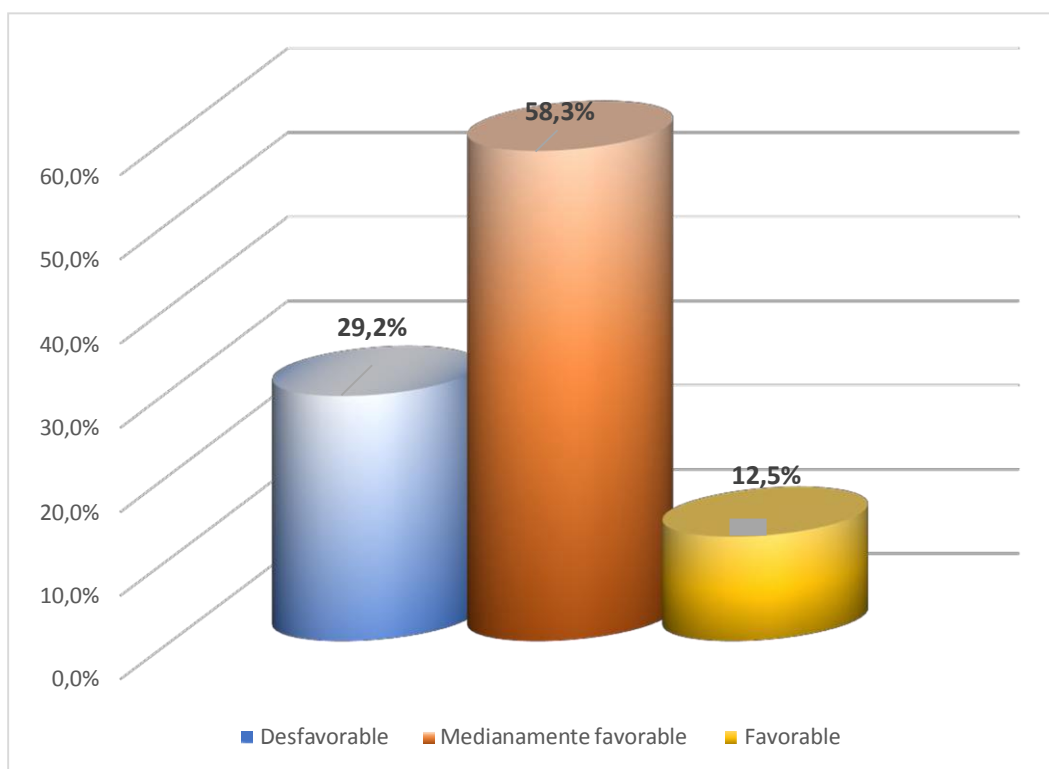
*Fuente: Enfermeras(o) del hospital Hipólito Uhanue-servicios de medicina y cirugía Tachá 2014.
Elaborado por: Ramírez Argumé R. 2009.*

DESCRIPCION:

En la tabla N° 03, Acerca de la afectividad de la enfermera hacia el dolor que experimenta el paciente; el 58,3% expresan una afectividad medianamente favorable; el 29,2% expresan una afectividad desfavorable y solo el 12,5% expresan una afectividad favorable.

GRAFICO Nº 03

AFFECTIVIDAD DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS PACIENTES DE MEDICINA Y CIRUGÍA 2014



Fuente: Enfermeras(o) del hospital Hipólito Unanue-servicios de medicina y cirugía Tacna 2014.
Elaborado por: Ramírez Argumé R. 2009.

TABLA N° 04

**ACCIÓN DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR
QUE EXPERIMENTAN LOS PACIENTES DE
MEDICINA Y CIRUGÍA.**

2014

| DIMENSIÓN ACCIONES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Desfavorable | 6 | 25,0% |
| Medianamente favorable | 13 | 54,2% |
| Favorable | 5 | 20,8% |
| TOTAL | 24 | 100,0% |

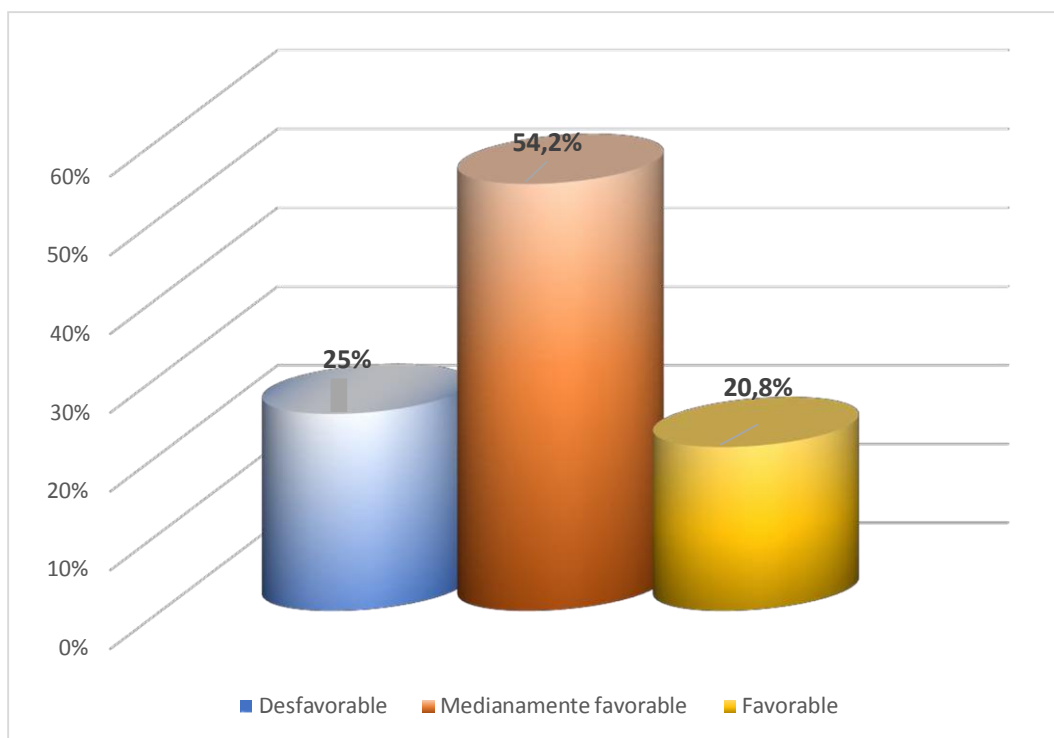
*Fuente: Enfermeras(o) del hospital Hipólito Unzué-servicios de medicina y cirugía Tacna 2014.
Elaborado por: Ramírez Argumé R. 2009.*

DESCRIPCION:

En la tabla N° 04, Acerca de las acciones de la enfermera hacia el dolor que experimenta el paciente; el 54,2% expresan acciones medianamente favorables, el 25,0% expresan acciones desfavorables; y solo el 20,8% expresan acciones favorables.

GRAFICO N° 04

ACCIONES DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS PACIENTES DE MEDICINA Y CIRUGÍA 2014



Fuente: Enfermeras(o) del Hospital Hipólito Unanue –servicios de medicina y cirugía Tacna 2014.
Elaborado por: Ramírez Argumé R. 2009.

4.2. DISCUSIÓN

Al término de la obtención de los resultados en el presente trabajo se determina lo siguiente:

En la tabla N° 01; Acerca de la actitud de la enfermera hacia el dolor que experimenta; el paciente el 45,8% expresan una actitud medianamente favorable, el 29,2 % expresan una actitud favorable y solo el 25,0 % expresan una actitud desfavorable., al observar que de continuar el incremento desfavorable a esta situación, en adelante se incrementaría las inadecuadas actitudes frente al cuidado de los pacientes con dolor del servicio de medicina y cirugía.

El presente trabajo concuerda con la investigación por Collao Carmen en el año 2002 en su estudio titulado “Actitud del Personal de enfermería hacia el niño con Dolor, realizado en Chile, en Noviembre 2001 y Enero 2002”, donde concluye que el 73% de las enfermeras muestran una actitud desfavorable hacia el dolor, mientras que el 27% de ellas muestran una actitud favorable frente al dolor”.

Así mismo el resultado del presente trabajo difiere con la investigación de Ramírez Argumé quien realizó una investigación titulada “actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los niños con quemaduras en el servicio de quemados del INSN, 2009”, que concluye que, el 28.60% muestran una actitud medianamente favorable y el 71.40% muestran una actitud desfavorable.

Como se puede observar la mayoría de los profesionales de Enfermería presenta actitud medianamente favorable frente al dolor de los pacientes de medicina y cirugía, Cada persona tiene una actitud propia frente a un referente específico, pero es común que dicha predisposición se vea influenciada por diversos factores.

Según Jean Orlando, Cuando una enfermera interviene se produce un proceso de acción, esta acción en el contacto con el paciente se denomina proceso de enfermería y puede ser automático o deliberado. Cualquiera que sea la conducta del paciente observada por la enfermera debe verse como un posible indicio de sufrimiento. La percepción de la conducta del paciente genera pensamientos y sentimientos en la enfermera, la reacción de la enfermera precipita las acciones de enfermería.

Según Twycross, la rutina de trabajo, el referente de patrón de conducta del paciente, la experiencia laboral, carga laboral, maternidad, el grado de felicidad personal, entre otros, son sólo algunos de aquellos diversos factores que influyen en el aprendizaje y formación de las actitudes, conllevándolas progresivamente a ser negativas, diversos autores coinciden que las actitudes del personal de salud son susceptibles al cambio si se motiva y concientiza a la actualización permanente y orientada hacia el control y la prevención del dolor, logrando mantener así vigente la sensibilidad del ser humano frente a las diversas situaciones dolorosas.

Fuller destaca que la relación entre actitud medianamente favorable e insuficiente (o nula) valoración del dolor, es una relación de causalidad más que de asociación, y es que no sólo es importante observar al paciente y determinar si tiene o no dolor, sino que se debe valorar el dolor tomando en cuenta el contexto en el que se encuentra, dado que se puede correr el riesgo de subvalorar el dolor cuando algunos factores no son considerados.

Por otro lado M. Martin y D. Cesar, pertenecientes a la Revista Española del Tratamiento del dolor, refiere que la enfermera se ve

influenciada muchas veces por mitos y tradiciones respecto al dolor, y es la persistencia de dichos mitos las que interfieren en su manejo, haciendo que adopte una actitud desfavorable y con ello, la permanencia del sufrimiento del paciente, afectando considerablemente en este último su área emocional y retardando su recuperación.

Los pacientes de medicina y cirugía son personas que de alguna manera se encuentran hospitalizados por presentar un desequilibrio de la homeostasis que le conlleva a manifestar una serie de signos y síntomas a causa de una enfermedad ,como sabemos toda enfermedad conduce a un desequilibrio que no solo es biológico sino también emocional ,esto se ve reflejado en las expresiones de llanto e inquietud de los pacientes manifestando de que sienten dolor y que es un indicio de que algo no está bien en su organismo .

Es claro que una actitud no favorable no permitirá brindar un adecuado tratamiento integral a estos pacientes especialmente en el control del dolor, lo cual limita progresivamente su recuperación y perjudicaría su estado físico, mental y emocional, ocasionando una disminución en su estado. Así, el arraigo de las actitudes negativas

conllevaría a la limitación de cuidados de enfermería que requiere el paciente, traduciéndose esto en un sufrimiento innecesario a causa del dolor, lo que ocasionaría consecuencias tales como discomfort, ansiedad, estrés, anorexia, retardo en la curación de heridas, retraimiento social, entre otras.

En la tabla N° 02; Acerca del conocimiento de la enfermera hacia al dolor que experimenta; el paciente el 54,2% expresan un conocimiento medianamente favorable; el 37,5% expresan un conocimiento desfavorable y solo el 8,3% expresan un conocimiento favorable.

El presente trabajo concuerda con la investigación Salvado Hernández, y colaboradores en su estudio titulado “conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de unidades de cirugía y oncología de hospitales de nivel III”, que concluye que el 61,9% desconocía la equivalencia entre morfina oral e intravenosa ,el 72,9% contesto erróneamente a la afirmación de que los pacientes pueden dormir a pesar del dolor severo el 85% opinó que los pacientes no debían tener dolor, y el 14, 7% respondió que era normal que estos tuvieran dolor moderado o intenso, el nivel de

conocimientos que tienen las enfermeras estudiadas sobre el dolor es medio.

Twycross, manifiesta que si bien el conocimiento recibido durante la vida laboral es de relevancia y adecuada, de poco valor será si esta no es actualizada con frecuencia.

Zavala, refiere que la actualización de conocimientos y la investigación permanente permiten desterrar dichas actitudes desfavorables.

La actualización de conocimientos es una de las responsabilidades fundamentales del profesional de salud, ya que día a día avanza la innovación farmacéutica y la tecnología de tratamiento a favor del paciente.

Existen dos maneras de adquirir conocimientos uno en el pregrado (capacitación primaria) y el otro en lo laboral (capacitación secundaria). La capacitación secundaria recibida por el profesional durante su etapa laboral, favorece el desarrollo de actitudes positivas, ello porque todo mito, tradición y/o estereotipo sobre dolor se ve relegado por el conocimiento actualizado del tema; y es que la

capacitación constante origina que las actitudes cambien favorablemente, siendo el pensar, actuar y sentir expresados en forma positiva en cada acción realizada.

En cambio, la permanencia del conocimiento primario, el poco compromiso profesional y el conformismo con la capacitación primaria recibida, favorece la subsistencia de actitudes desfavorables las cuales solo limitarían el brindar un cuidado integral, toda vez que no se realizaría un adecuado manejo, el cual debe incluir una valoración objetiva e integral del dolor, registro, aplicación de acciones y evaluación de las mismas. Si dichas condiciones se cumplieren, el alivio del dolor obedecería las 4 condiciones básicas de tratamiento: continuado, completo, combinado y preventivo, disminuyendo así el sufrimiento innecesario, la preocupación familiar, las secuelas sociales y psicológicas del dolor, entre otras que se observan día a día. Es así que frente a esta alerta de insuficiente alivio del dolor y la falta de actualización, podría esperarse una perennidad de conceptos y conductas erróneas que perjudican la recuperación del paciente, es importante recalcar que cuando se trata de conocimientos acerca del manejo del dolor, no existe diferencia lo suficientemente significativa

ni por edad ni por experiencia laboral, solo prevalece la motivación y actitud para percibir, comprender y actuar ante el dolor.

En la tabla N° 03, Acerca de la afectividad de la enfermera hacia el dolor que experimenta el paciente; el 58,3% expresan una afectividad medianamente favorable; el 29,2% expresan una afectividad desfavorable y solo el 12,5% expresan una afectividad favorable.

El resultado es similar con la investigación Erika Costa Pisfil, Nancy Avalos Vásquez y colaboradores titulada “calidad de los cuidados inmediatos de enfermería y manejo del dolor en pacientes quirúrgicos en los centros hospitalarios de Chimbote. Año 2009” y concluye que “El 65% presentan una afectividad en la calidad del cuidado inmediato medio.

Según Watson, la enfermera está interesada en comprender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, sostiene que al tratar a los individuos como únicos y genuinos, la persona que presta la asistencia es capaz de percibir sus sentimientos y de reconocer realmente su excepcionalidad. Define a la empatía como la capacidad

de experimentar y por tanto de comprender las percepciones y sentimientos de la persona y de comunicarle esta expresión.

Para Imogene King, La enfermera debe percibir, pensar, relacionar y actuar según el comportamiento de los individuos que requieren cuidados de Enfermería. La función de Enfermería está en el proceso de interacción empática que solo conseguirá a través de los valores fundamentales del respeto y solidaridad.

Según H. Peplau, evidenciando solidaridad, comprensión, cariño, respeto y empatía, además de expresar un adecuado lenguaje no verbal en cada uno de sus cuidados brindados.

Según Joyce travelbee, el objetivo de la enfermería se consigue por medio del establecimiento de una relación de persona a persona, todas las personas se enfrentan a la enfermedad y el dolor. El desarrollo del “ser con el otro” o el “cuidar como a sí mismo” resalta la importancia de la sensibilidad, motivación y actitud favorable de la enfermera.

Entonces, el cuidado constituye una relación humana de ayuda donde el profesional de Enfermería reconoce y responde a tal requerimiento.

En la tabla N° 04, Acerca de las acciones de la enfermera hacia el dolor que experimenta el paciente; el 54,2% expresan acciones medianamente favorables, el 25,0% expresan acciones desfavorables; y solo el 20,8% expresan acciones favorable.

El resultado difiere con la investigación de Montes A., Arbonés E., Planas, y colaboradores titulado “los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento”, y concluye que: “Sólo 81.3% preguntan directamente al paciente si presentan dolor, mientras que un 35.5% utiliza la Escala Visual Análoga para evaluación del dolor. Los resultados muestran que las acciones son medianamente favorables”.

Para Virginia Henderson, la atención de enfermería es "la ayuda en la promoción, mantenimiento, restablecimiento de la salud, y favorecer el bienestar del paciente, disminuyendo el sufrimiento y dolor en los pacientes .Así, la acción ante cuidado integral recae en el

personal de Enfermería ya que se encuentra consignado como una de sus responsabilidades fundamentales, y donde se especifica además, el contribuir con un tratamiento eficaz frente al dolor, utilizando e innovando sus capacidades actitudinales para calmar el sufrimiento del paciente.

Joyce Travelbee, en su Modelo de relación Persona-Persona, refiere lo siguiente: “La Enfermería se basa en un proceso interpersonal donde el personal de Enfermería realiza acciones de ayuda a la persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar favorablemente la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, dándole sentido a estas experiencias”. Así, brindar un adecuado manejo del dolor no solo se centra en el consuelo y evaluación verbal del dolor, sino que incluye la información y educación al binomio paciente – familia sobre la experiencia específica causante del dolor, la evaluación sistemática, completa, constante y registrada del dolor, así como también el seguimiento o análisis de las acciones ejecutadas. Ello es mostrar una actitud positiva y favorable, en donde se evidencie el interés, profesionalismo, la aplicación del conocimiento, de los valores éticos, la empatía y solidaridad de la Enfermera. No obstante, dichas actitudes asumidas inicialmente

pueden verse modificadas por los prejuicios, estereotipos y mitos respecto al dolor y su tratamiento, la referencia de dificultad en la valoración del dolor, la influencia biomédica y la frecuente convivencia con el dolor, la constante subestimación de referencia del dolor, y la tendencia a la mecanización del trabajo, hechos que se van adquiriendo y reforzando conforme años de experiencia y ejercicio laboral crecen.

Es por ello necesario brindar un tratamiento integral y especializado del dolor, para disminuir la prevalencia innecesaria del dolor y favorecer la calidad del autocuidado, utilizando las diversas estrategias de solución farmacológica, no farmacológicas, cognoscitiva y el apoyo familiar.

CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados anteriormente presentados y discutidos, se puede concluir que:

- La actitud de la enfermera hacia el dolor que experimentan los pacientes de medicina y cirugía del Hospital Hipólito Unanue, es medianamente favorable.
- El conocimiento de la enfermera hacia el dolor es medianamente favorable.
- La afectividad de la enfermera hacia el dolor que es medianamente favorable.
- Y las acciones de la enfermera hacia el dolor es medianamente favorable.

RECOMENDACIONES

- Realizar talleres que promuevan una actitud favorable tanto en el pregrado como en lo laboral y luego verificar si estos verdaderamente contribuyen a obtener una actitud favorable.
- Realizar estudios de investigación sobre las acciones independientes que realiza la enfermera para minimizar el dolor al paciente medico quirúrgica.
- Estudiar sobre los resultados de la aplicación no farmacológica y medir su efectividad.
- Realizar estudios en la cual se evalúen las causas que condicionan a obtener una actitud no favorable y trabajar en estos para mejorar las acciones y la salud del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dugas, Beverly. "Tratado de Enfermería". 4^o edición. México: Mc.Graw Hill Interamericana. 2000. Pág. 115
2. Aguirre Raya, Dalila. "Fundamentos de la relación enfermera persona sana o enferma". En Revista Cubana de Salud Pública 2004. Pág.1
3. Franco, investigación sobre el dolor .Abril 11 de 2014.
4. Carmen Collao, actitud del personal de enfermería hacia el niño con dolor. Antofagasta, Chile. Noviembre 2001- enero 2002. Rev. Cubana Enfermer; 2007 (2): 23.
5. Salvado Hernández C., Y Colaboradores, "conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de unidades de cirugía y oncología de hospitales de nivel III"
6. Mccaffrey M, Ferrell Br. Opiáceos y tratamiento del dolor ¿Que conocimientos tienen las enfermeras? Nursing. 1999:8–12.

7. Ramírez Argumé, Raquel “Actitud de la Enfermera hacia el dolor que Experimentan los Niños con Quemaduras en el Servicio de Quemados del INSN, 2009”
8. Costa Pisfil, Erika y colaboradores “calidad de los cuidados inmediatos de enfermería y manejo del dolor en pacientes quirúrgicos en los centros hospitalarios de Chimbote. Año 2009”
9. Rosette A. Poletti. “Teorías de Enfermería”. Barcelona:Ediciones Rol. 1982. Pág. 58.
10. M. J. Aguilar Cordero, N. Mur Villar. Actitud de enfermería ante el dolor infantil y su relación con la formación continua vol.27 Madrid nov.-dic. 2012.
11. Morgan GE. Mikhail MS. y Murray MJ.: “Clinical anaesthesiology”. Editorial Mc GrawHill. Cuarta edición. 2006. EEUU.
12. Harrison. Principios de medicina interna. Ed Interamericana Mc Graw Hill. 17º edición. Vol I. Madrid. 2009

13. Ann Marrier T., Martha Raile A. "Modelos y teorías de enfermería" 4ta ed. España. 2009.
14. Brunner y Suddarth "Enfermería médico quirúrgico" 10a ed. Graw Hill ,2005 vol. I: 250-253.
15. Garayar Porta, N. G. "Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el cuidado de los pacientes con tuberculosis en estudiantes de enfermería de la UNMSM, 2007
16. Waldor Vera R., Cuidar expresión humanizada, nueva Palabra, 2008, México, pag 19-128.
17. Hall, Joanne. Enfermería en salud comunitaria: un enfoque de Sistemas. 2º edición. Ed. OPS. España. 1999.
18. Hernández, Roberto. Metodología de la Investigación. 4ta edición. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México. 2006.

BIBLIOGRAFIA

- Benjamin Bloom. "Niveles de conocimiento: Taxonomía de objetivos educativos". 2006.
- Brunner Y Suddarth "Enfermería médico quirúrgico" 10a ed. Graw Hill ,2005 vol. I: 250-253.
- Harrison. Principios de medicina interna. Ed Interamericana Mc Graw Hill. 17º edición. Vol I. Madrid. 2009
- Dugas, Beverly. "Tratado de Enfermería". 4º edición. México: Mc.Graw Hill Interamericana. 2000.
- Aguirre Raya, Dalila. "Fundamentos de la relación enfermera persona sana o enferma". En Revista Cubana de Salud Pública 2004.
- Bunge, Mario. "La ciencia, su método y su filosofía". Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.1998.
- M Sc.Narda Calsin Chirinos. "Manual de presentación del proyecto e informe de investigación" Puno 2006.
- Morgan G., Mikhail Ms. y Murray MJ.: "Clinical anaesthesiology". Editorial Mc GrawHill. Cuarta edición. 2006. EEUU.
- Kozier, Barbara. "Fundamentos de Enfermería". Ed Mc Graw Hill Interamericana. 5º edición. 1991.

- OMS Y ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR: “Alivio del Dolor y Tratamiento Paliativo en el Cáncer Infantil”. Ginebra 1999.

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

1. IESN. “Estadísticas”. MINSA Perú - 2005. <http://www.isn.gob.pe/sep0.asp>.
2. AGUIRRE RAYA, Dalila. “Fundamentos de la relación enfermera persona sana o enferma”. En Revista Cubana de Salud Pública 2004. Pág.1 <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol 3.4 04/spu/0404>.
3. Franco, investigación sobre el dolor Abril 11 de 2014. <http://www.portafolio.co/portafolio-plus/investigacion-el-dolor>
4. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 148-151
http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/dolor/3_2.html
5. Universidad autónoma Benito Juárez de Oaxaca facultad de medicina y cirugía Dolor oct.2012. <http://www.slideshare.net/MabeOjeda/dolor-14826852>

6. Escala de valoración del dolor dic. 2012
<http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf>

ANEXOS

-Escala SPMSQ de Pfeiffer-

| PREGUNTA | ERRORES |
|--|----------------|
| <i>Qué fecha es hoy (día, mes ,año)</i> | |
| <i>Que día de la semana</i> | |
| <i>Nº teléfono o dirección</i> | |
| <i>Dónde estamos ahora</i> | |
| <i>Que edad tiene</i> | |
| <i>Cuando nació (día, mes y año)</i> | |
| <i>Quien es el presidente del gobierno</i> | |
| <i>Quien era anterior presidente gobierno</i> | |
| <i>Cuál era 1º apellido de su madre</i> | |
| <i>Reste de 3 en 3 desde 20 (cualquier error hace respuesta errónea)</i> | |
| TOTAL | |

| |
|---|
| 100.- Normal: sin quejas, sin indicios de enfermedad |
| 90.- Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad. |
| 80.- Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos síntomas de enfermedad. |
| 70.- Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo. |
| 60.- Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a si mismo |
| 50.- Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día. |
| 40.- Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día |
| 30.- Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte |
| 20.- Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo |
| 10.- Moribundo |
| 0.- Fallecido |

ANEXO “B”

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

PRESENTACIÓN:

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: ACTITUD DE LA ENFERMERA HACIA EL DOLOR QUE EXPERIMENTAN LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2014.

Buenos días, mi nombre es Juan Yhonatan Campos Quispe, soy egresado de la EAP de Enfermería de la UNJBG; en esta oportunidad le presento una encuesta como parte de un proyecto de investigación con el objetivo de determinar la actitud de la enfermera frente al dolor que experimentan los pacientes, para lo cual solicito su colaboración respondiendo esta encuesta, agradeciéndole de antemano y garantizándole que la información brindada será utilizada con fines exclusivamente del estudio, manteniéndola en forma confidencial y anónima.

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada uno de los ítems presentados a continuación, luego marque con una cruz (+) o con una equis (x) la respuesta que usted considere adecuada o correcta. Por cada ítem encontrará 5 posibilidades de respuesta, pudiendo elegir sólo una:

- Totalmente de acuerdo TA
- De acuerdo A

- Indeciso I
- En desacuerdo DA
- Totalmente en desacuerdo TD

Asimismo, sírvase completar los siguientes datos generales que se le solicita.

I. DATOS GENERALES:

- a. Edad : _____
- b. Servicio: medicina () , cirugía ()
- c. sexo: masculino () , femenino ()

| Nº | ÍTEMS/ ENUNCIADOS | TA | A | I | DA | TD |
|----|--|----|---|---|----|----|
| 1 | Considero inadecuado el no realizar el tratamiento psicológico al paciente con dolor por la gran cantidad de pacientes. | | | | | |
| 2 | Me conmuevo demasiado ante el dolor de paciente. | | | | | |
| 3 | No siempre es del todo fidedigna la referencia de dolor de los pacientes hospitalizados. | | | | | |
| 4 | Pienso que se requiere de mucha experiencia y cercanía a los pacientes para calmar su dolor a través de estrategias cognoscitivas. | | | | | |
| 5 | Concibo al dolor en pacientes como una experiencia subjetiva, individual, aprendida con manifestaciones claras en la conducta. | | | | | |
| 6 | Pienso en mi pariente cuando estoy atendiendo a un paciente con dolor por patologías. | | | | | |
| 7 | Considero que el dolor característico en pacientes es de tipo sordo, agudo, continuo y bien localizado. | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|
| 8 | El contacto frecuente con el dolor de los pacientes hospitalizados me hace verlo como algo rutinario. | | | | | |
| 9 | Pienso que el estado hipercatabólico, el aumento de catecolaminas y retraso en la curación de heridas son a causa del dolor. | | | | | |
| 10 | Me es difícil solidarizarme frente a un paciente con dolor por patologías. | | | | | |
| 11 | Mi primera acción ante el dolor del paciente es el tratamiento farmacológico antes que el tratamiento psicológico. | | | | | |
| 12 | Considero que los pacientes quemados de Iº y IIº grado sienten dolor debido a su sistema nervioso maduro. | | | | | |
| 13 | No puedo evitar ponerme nerviosa ante el llanto sostenido de un paciente con dolor. | | | | | |
| 14 | Pienso que la percepción del dolor en pacientes está influenciada por factores ambientales, psicológicos, cultural y conductual. | | | | | |
| 15 | Me es complicado y tedioso entablar una relación empática con el paciente con dolor. | | | | | |
| 16 | Considero que las escalas para la evaluación del dolor son difíciles de aplicar, insuficientes y tediosas. | | | | | |
| 17 | Pienso que un protocolo de atención al paciente con dolor "mecanizaría" mi trabajo. | | | | | |
| 18 | Me siento preocupada y ansiosa ante la no disminución del dolor en el paciente hospitalizado. | | | | | |
| 19 | Considero que los pacientes reaccionan con intensa perturbación emocional y conductual ante el dolor. | | | | | |
| 20 | Lo mejor es administrar diclofenaco (o ketorolaco) antes que un tramadol (o morfina) a un paciente con dolor. | | | | | |

Muchas gracias

“ANEXO C”

PRUEBA DE LA VALIDES CON LA DISTANCIA DE PUNTOS MÚLTIPLES

FORMULA

$$DPP = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 2)^2 + \dots + (x_9 - 9)^2}$$

$$Dx. = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_9 - 1)^2}$$

$$x_1 = V x_1$$

$$x_1 = P_1$$

| ITEMS | EXP1 | EXP2 | EXP3 | EXP4 | PROMEDIO |
|-------|------|------|------|------|----------|
| 1 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 |
| 2 | 3 | 2 | 4 | 5 | 3,5 |
| 3 | 5 | 2 | 5 | 5 | 4,25 |
| 4 | 3 | 3 | 5 | 5 | 4 |
| 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| 6 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4,75 |
| 7 | 3 | 3 | 5 | 5 | 4 |
| 8 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4,25 |
| 9 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4,75 |

$$DPP = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 2)^2 + \dots + (x_9 - 9)^2}$$

$$DPP = \sqrt{(5 - 4)^2 + (5 - 3.5)^2 + \dots (5 - 4.25)^2}$$

$$DPP = \sqrt{7,5}$$

$$DPP = 2,73$$

$$Dx = \sqrt{(1 - 1)^2 + (2 - 1)^2 + \dots (9 - 1)^2}$$

$$Dx = \sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + \dots (5 - 1)^2}$$

$$Dx = \sqrt{144}$$

$$Dx = 12$$

El valor de la Dmax. Se divide con el valor máximo de la escala la cual es 5.

$$\frac{12}{5} = 2,4$$

| | | | |
|-----|-------|-----|---------------------|
| 0 | ————— | 2,4 | Adecuación total |
| 2,4 | ————— | 4,8 | Adecuación total |
| 4,8 | ————— | 7,2 | Adecuación promedio |
| 7,2 | ————— | 9,6 | Escasa adecuación |
| 9,6 | ————— | 12 | inadecuación |

DPP = 2,77 cae en el segundo intervalo, adecuación total. Se comprueba la validez del instrumento.

ANEXO "D"

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Prueba de Confiabilidad de Actitudes (α -Cronbach)

Para lograr la confiabilidad del instrumento, se utilizó la fórmula de α -Cronbach:

$$\alpha = \frac{2}{(n-1)} \times \left[1 - \frac{\sum_i^2}{t} \right]$$

$$\alpha =$$

$$=$$

$$\frac{2}{i} = z \cdot i$$

$$\sum_i^2 = z \cdot i$$

$$\frac{2}{t} = z$$

Además que el valor que debe asumir $\alpha > 0.5$, pero se acepta una mayor confiabilidad del instrumento con $\alpha > 0.6$.

Así, utilizando los datos de la prueba piloto:

$$\alpha = \frac{20}{(19-1)} \times \left[1 - \frac{12.8444}{33.7333} \right]$$
$$\alpha = 0.6518$$

Se demuestra que el instrumento realizado es confiable.

ANEXO "E"

PUNTAJES GENERAL Y PARCIALES SEGÚN DIMENCIÓN

| FICHA | CONOCIMIENTOS | AFECTIVIDAD | ACCIONES | ACTITUD |
|-------|---------------|-------------|----------|---------|
| 1 | 31 | 20 | 27 | 78 |
| 2 | 26 | 20 | 23 | 69 |
| 3 | 18 | 20 | 26 | 64 |
| 4 | 20 | 22 | 26 | 68 |
| 5 | 25 | 20 | 23 | 68 |
| 6 | 19 | 21 | 27 | 67 |
| 7 | 21 | 20 | 19 | 60 |
| 8 | 29 | 21 | 27 | 77 |
| 9 | 28 | 23 | 22 | 73 |
| 10 | 26 | 18 | 21 | 65 |
| 11 | 22 | 20 | 28 | 70 |
| 12 | 28 | 18 | 31 | 77 |
| 17 | 28 | 21 | 22 | 71 |
| 18 | 17 | 19 | 25 | 61 |
| 19 | 21 | 20 | 17 | 58 |
| 20 | 22 | 22 | 33 | 77 |
| 21 | 24 | 23 | 31 | 78 |
| 22 | 28 | 21 | 24 | 73 |
| 23 | 22 | 22 | 25 | 69 |
| 24 | 30 | 19 | 32 | 81 |
| 25 | 29 | 25 | 32 | 86 |
| 26 | 26 | 19 | 25 | 70 |
| 27 | 24 | 19 | 27 | 70 |
| 28 | 27 | 15 | 21 | 63 |

ANEXO "F"

DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE ACTITUDES GENERAL

Tabla N°05
MEDIDAS DE RESUMEN PARA APLICACIÓN DE
ESCALA DE ESTANINOS

| ESTADÍSTICOS | |
|-------------------|-------|
| Media | 70,54 |
| Desviación típica | 6,972 |
| Max. | 86 |
| Min. | 58 |
| Total | 28 |

Hallando los niveles generales donde:

$X = \text{media}$

$S = \text{desviación estándar}$

$$= x + 0,75()$$

$$= 7,54 + 0,75(6,972)$$

$$= 75,7$$

$$= x - 0,75()$$

$$= 7,54 - 0,75(6,972)$$

$$= 65,4$$

Se concluye que:

58 - 65 Actitud desfavorable

66 - 76 Actitud medianamente favorable

77 - 86 Actitud favorable

ANEXO "G"

DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE ACTITUDES SEGÚN DIMENSIONES

Tabla N°06

MEDIDAS DE RESUMEN PARA APLICACIÓN DE ESCALA DE ESTANINOS

| ESTADÍSTICOS | |
|--------------------------|-------|
| Media | 24,63 |
| Desviación típica | 3,998 |
| Max. | 31 |
| Min. | 17 |
| Total | 28 |

$$= x + 0,75()$$

$$= 24,63 + 0,75(3,998)$$

$$= 28$$

$$= x - 0,75()$$

$$= 24,63 - 0,75(3,998)$$

$$= 22$$

Se concluye que la categorización de la dimensión conocimientos:

17 - 22 Actitud desfavorable

23 - 28 Actitud medianamente favorable

29 - 31 Actitud favorable

Tabla N°07

**MEDIDAS DE RESUMEN PARA APLICACIÓN DE
ESCALA DE ESTANINOS**

| ESTADÍSTICOS | |
|--------------------------|-------|
| Media | 20,33 |
| Desviación típica | 2,014 |
| Max. | 25 |
| Min. | 15 |
| Total | 28 |

$$\begin{aligned} &= x + 0,75() \\ &= 20,33 + 0,75(2,014) \\ &= 22 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} &= x - 0,75() \\ &= 20,33 - 0,75(2,014) \\ &= 19 \end{aligned}$$

Se concluye que la categorización de la dimensión afectividad:

- 15 - 19 Actitud desfavorable
- 20 - 22 Actitud medianamente favorable
- 23 - 25 Actitud favorable

Tabla N°08

**MEDIDAS DE RESUMEN PARA APLICACIÓN DE
ESCALA DE ESTANINOS**

| ESTADÍSTICOS | |
|--------------------------|-------|
| Media | 25,58 |
| Desviación típica | 4,232 |
| Max. | 33 |
| Min. | 17 |
| Total | 28 |

$$= x + 0,75()$$

$$= 25,58 + 0,75(4,232)$$

$$= 29$$

$$= x - 0,75()$$

$$= 25,58 - 0,75(4,232)$$

$$= 22$$

Se concluye que la categorización de la dimensión acciones:

17 - 22 Actitud desfavorable

23 - 29 Actitud medianamente favorable

30 - 33 Actitud favorable

ANEXO "H"

TABLA N °09

**DATOS GENERALES DE LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y
CIRUGIA**

| DATOS GENERALES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| SEXO | | |
| Masculino | 4 | 16,7% |
| Femenino | 24 | 83,3 % |
| TOTAL | 28 | 100,0 % |
| SERVICIO | | |
| Medicina | 12 | 50,0 % |
| Cirugía | 12 | 50,0 % |
| TOTAL | 28 | 100,0 % |
| EDAD | | |
| De 20 a 30 años | 3 | 10,7 % |
| De 30 a 40 años | 3 | 10,7 % |
| De 40 a 50 años | 3 | 10,7 % |
| De 50 a 60 años | 15 | 62,5 % |
| TOTAL | 28 | 100,0 % |

ANEXO "I"

TABLA Nº10

CONTINGENCIAS DE ACTITUD SEGÚN SEXO, SERVICIO Y EDAD

| | | ACTITUD | | | | | | TOTAL | |
|-----------------|-----------------|--------------|-------|------------------------|-------|-----------|-------|-------|------|
| | | Desfavorable | | Medianamente favorable | | Favorable | | | |
| | | Nº | P% | Nº | P% | Nº | P% | Nº | P% |
| SEXO | Masculino | 1 | 25% | 2 | 50% | 1 | 25% | 4 | 100% |
| | Femenino | 5 | 25% | 9 | 45% | 6 | 30% | 20 | 100% |
| | | | | | | | | | |
| SERVICIO | Medicina | 3 | 25% | 6 | 50% | 3 | 25% | 12 | 100% |
| | Cirugía | 3 | 25% | 5 | 41,7% | 4 | 29,2% | 12 | 100% |
| | | | | | | | | | |
| EDAD | De 20 a 30 años | 1 | 33,3% | 1 | 33,3% | 1 | 33,3% | 3 | 100% |
| | De 30 a 40 años | 1 | 33,3% | 1 | 33,3% | 1 | 33,3% | 3 | 100% |
| | De 40 a 50 años | 0 | 0% | 2 | 66,7% | 1 | 33,3% | 3 | 100% |
| | De 50 a 60 años | 4 | 26,7% | 7 | 46,7% | 4 | 26,7% | 15 | 100% |

ANEXO "J"

TABLA Nº11

RESUMEN DE ACTITUD SEGÚN DIMENSIONES

| DIMENSIONES | ACTITUD | | | | | | TOTAL |
|--------------|--------------|--------|------------------------|--------|-----------|--------|-------|
| | DESFAVORABLE | | MEDIANAMENTE FAVORABLE | | FAVORABLE | | |
| CONOCIMIENTO | 9 | 37,5 % | 13 | 54,2 % | 2 | 8,3 % | 24 |
| AFFECTIVIDAD | 7 | 29,2 % | 14 | 58,3 % | 3 | 12,5 % | 24 |
| ACCIONES | 6 | 25 % | 13 | 54,2 % | 5 | 20,2 % | 24 |

ANEXO "K"

TABLA N°12

TABLA DE CONTIENGENCIA PARA PRUEBA DE X^2 EDAD Y ACTITUD

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|--------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1,510 ^a | 6 | ,959 |
| Razón de verosimilitudes | 2,229 | 6 | ,898 |
| Asociación lineal por lineal | ,004 | 1 | ,950 |
| N de casos válidos | 24 | | |

a. 11 casillas (91,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,75.

P = 0,959

No existe asociación entre la edad y la actitud de la población estudiada.

ANEXO "L"

TABLA N°13

PRUEBA DE PEARSON PARA EDAD Y ACTITUD Medidas simétricas

| | Valor | Error típ. asint. ^a | T aproximada ^b | Sig. aproximada |
|--|-------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| Intervalo por intervalo R de Pearson | -,021 | ,219 | -,098 | ,922 ^c |
| Ordinal por ordinal Correlación de Spearman | -,091 | ,240 | -,427 | ,674 ^c |
| N de casos válidos | 24 | | | |

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

P =0,219

No existe correlación entre edad y actitud en la población estudiada