

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**SOPORTE EMOCIONAL BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE
POLITRAUMATIZADO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
SANTA ROSA II-2 PIURA. 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORES:

**FELIX ENRIQUE ARISMENDIZ BAYONA
MAXELA SAUCEDO CORONEL
CARMEN ALICIA VILLEGAS AVENDAÑO**

CALLAO – PERU

2020

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALLES PRESIDENTE
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 13-2020

Fecha de Aprobación de tesis: 11/01/2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-CU de fecha 30 de Octubre del 2018, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional

DEDICATORIA

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mis padres, ya que sin su infinito amor y su valiosa ayuda nada de esto sería posible.

A Karina Maribel y a mi pequeño Liam Enrique, que son el amor de mi vida y la luz de mis ojos. Dedicarles este trabajo ya que son mi motor y motivo que me impulsa día a día para lograr mis objetivos.

Félix Enrique

A mi esposo y a mi hijo por haberme apoyado a lo largo de toda mi especialidad y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que de una y otra manera contribuyeron para que este trabajo de investigación sea posible.

Maxela

A mi familia y todas las personas que nos han apoyado y han hecho posible la ejecución de este trabajo de investigación y en especial a los que nos brindaron su tiempo y compartieron sus experiencias y conocimientos.

Alicia

AGRADECIMIENTO

A DIOS por darnos la fuerza y a la jefa de servicio de emergencia Lic. Celina Camayo por darnos las facilidades para aplicación del instrumento.

A los médicos, licenciadas de enfermería y personal técnico del servicio de emergencia que dio las facilidades para la ejecución del instrumento de investigación.

A los pacientes politraumatizados del servicio de emergencia, quienes a pesar de su condición de salud participaron directamente y de manera voluntaria en la investigación.

A los docentes de la Universidad Nacional del Callao quienes brindaron sus conocimientos y experiencia en la elaboración de la tesis.

Los autores

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	07
ABSTRACT	08
INTRODUCCIÓN	09
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1. Descripción de la realidad problemática	11
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema general	14
1.2.2. Problemas específicos	14
1.3. Objetivos de la investigación:	14
1.3.1. Objetivo general:	14
1.3.2. Objetivos específicos:	14
1.4. Limitantes de la investigación	15
1.5.1. Limitante teórica	15
1.5.2. Limitante temporal	15
1.5.3. Limitante espacial	15
II. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Antecedentes.	16
2.1.1. Antecedentes Internacionales	16
2.1.2. Antecedentes nacionales	18
2.2. Base Teórica	21
2.3. Base Conceptual	29
2.4. Definición de términos básicos	43
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	44
3.1. Hipótesis	44
3.1.1. Hipótesis General	44
3.1.2. Hipótesis Específica	44
3.2. Definición de variables	44
3.3. Operacionalización de variables	45

IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	46
4.1. Tipo y diseño de investigación	46
4.1.1. Tipo de la Investigación	46
4.1.2. Diseño de la Investigación	46
4.2. Método de la investigación	46
4.3. Población y muestra	47
4.3.1. Población	47
4.3.2. Muestra	47
4.3.3. Criterios de Inclusión	48
4.3.4. Criterios de Exclusión	48
4.4. Lugar del estudio y periodo desarrollado.	48
4.5. Técnica e instrumento para la recolección de la información	49
4.6. Análisis y procesamiento de datos	50
V. RESULTADOS	52
5.1. Resultados Descriptivos	52
5.2. Resultados Inferenciales	69
6. DISCUSION DE RESULTADOS	71
6.1. Contratación de la hipótesis	71
6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares	74
6.3. Responsabilidad ética	76
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	84
Anexo: 01: Matriz de consistencia	84
Anexo: 02: Instrumentos validados	86
Anexo: 03: Consentimiento informado	92
Anexo: 04: Base de datos	93

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

		Pág.
Tabla 1	Descripción de las características demográficas de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	58
Tabla 2	Descripción de las características sociales de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	60
Tabla 3	Descripción del soporte emocional afectivo, según sus indicadores que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	61
Tabla 4	Descripción del soporte emocional afectivo que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	63
Tabla 5	Descripción del soporte emocional informativo, según sus indicadores que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	64
Tabla 6	Descripción del soporte emocional informativo que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	65

Tabla 7	Descripción del soporte emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	66
Tabla 8	Descripción del afrontamiento activo, según indicadores que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	68
Tabla 9	Descripción del afrontamiento activo que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	70
Tabla 10	Descripción del afrontamiento pasivo, según indicadores que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	71
Tabla 11	Descripción del afrontamiento pasivo que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	73
Tabla 12	Descripción del afrontamiento que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	74
Tabla 13	Correlación entre el apoyo emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento en el paciente politraumatizado del servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura. Periodo enero-marzo 2019.	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS DE CONTENIDO

		Pág.
Gráfico 1	Representación gráfica características demográficas de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	58
Gráfico 2	Representación gráfica social de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	60
Gráfico 3	Representación gráfica del soporte emocional afectivo, según sus indicadores que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	61
Gráfico 4	Representación gráfica del soporte emocional afectivo que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa. Piura II-2, 2019.	63
Gráfico 5	Representación gráfica del soporte emocional informativo, según sus indicadores que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	64
Gráfico 6	Representación gráfica del soporte emocional informativo que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	65

Gráfico 7	Representación gráfica del soporte emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	66
Gráfico 8	Representación gráfica del afrontamiento activo, según indicadores que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	68
Gráfico 9	Representación gráfica del afrontamiento activo que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	70
Gráfico 10	Representación gráfica del afrontamiento pasivo, según indicadores que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	71
Gráfico 11	Representación gráfica del afrontamiento pasivo que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	73
Gráfico 12	Representación gráfica del afrontamiento que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.	74

RESUMEN

Los cuidados de los equipos de emergencias y principalmente del profesional de enfermería enfatizando respuestas a las necesidades de los pacientes como el soporte emocional representan un factor predeterminante en la supervivencia y disminución de secuelas. El paciente politraumatizado, requiere una actuación integral para el restablecimiento de la salud y mejora de la calidad de vida. Se realizó la presente investigación con el **objetivo** de determinar la relación entre el Soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y afrontamiento del paciente politraumatizado del Servicio de Emergencia, Hospital Santa Rosa II-2; Piura. 2019. **Material y Método:** fue una investigación de nivel aplicativo, método cuantitativo, tipo descriptivo transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 30 pacientes seleccionados no probabilísticamente, según conveniencia de los investigadores. La técnica fue la encuesta y el instrumento fue un formulario tipo Lickert, que se aplicó previo consentimiento informado. Se realizó análisis descriptivo y se comprobó la hipótesis apoyados en el SPSS V22. **Resultados:** se evidenció que el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería es alto y se relaciona con el afrontamiento regular que manifestaron la mayoría de los pacientes politraumatizados, lo que indica que, a mayor soporte emocional, mejor afrontamiento de los pacientes. **Conclusión:** Mediante la prueba de correlación de Spearman, se evidenció relación directa y significativa entre el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento del paciente politraumatizado del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2 de Piura ($Rho = 0,523$ y $p < 0,05$).

PALABRAS CLAVES: Soporte emocional, afrontamiento, politraumatizado.

ABSTRACT

The care of emergency teams and mainly the nursing professional emphasizing responses to the needs of patients as emotional support represent a pre-determining factor in the survival and decline of sequelae. The polytraumatized patient requires comprehensive action for the restoration of health and improvement of the quality of life. **Objective:** This investigation was conducted with the aim of determining the relationship between the Emotional Support provided by the nursing and coping professional of the polytraumatized patient of the Emergency Service, Hospital Santa Rosa II-2; Piura. 2019. **Material and Method:** was an application-level, quantitative method, cross-cutting and correlational descriptive type research. The population consisted of 30 patients selected non-probabilistically, as the convenience of the researchers. The technique was the survey and the instrument was a Lickert-type form, which was applied prior to informed consent. Descriptive analysis was performed and the hypothesis supported by SPSS V22 was verified. Results: It was shown that the emotional support provided by the nursing professional is high and related to the regular coping manifested by most polytraumatized patients, indicating that, the more emotional support, the better the facedness of patients. **Conclusion:** Through Spearman's correlation test, a direct and significant relationship was shown between the emotional support provided by the nursing professional and the coping of the polytraumatized patient of the Emergency Service of the Santa Rosa II-2 Hospital in Piura ($Rho = 0.523$ and $p < 0.05$).

KEYWORDS: Emotional support, coping, polytrauma.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por Politraumatizado a “todo paciente que presenta múltiples lesiones orgánicas y/o musculoesqueléticas con alteración de la circulación y/o ventilación que comprometen su vida de forma inmediata o en las horas siguientes”. (1)

El trauma constituye la primera causa de mortalidad y morbilidad en los países en vías de desarrollo, siendo las personas menores de 40 años las más afectadas. Los accidentes de tránsito son el principal móvil de muerte por trauma. (2)

Los pacientes politraumatizados experimentan una serie de estímulos internos y externos generando respuestas que le permiten afrontar o adaptarse a una determinada situación. (3) “Lazarus y Folkman establecen que la forma en que la persona afronte la situación depende, principalmente, de los recursos de los cuales disponga para enfrentar las distintas demandas de la vida. Estos recursos pueden ser propiedades del individuo o ambientales”. (4 p2)

Callista Roy, define el afrontamiento como “los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza una persona para atender las demandas del ambiente, los cuales actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad. El afrontamiento y la adaptación son conceptos muy importantes para la calidad de vida de un individuo, porque son fenómenos dinámicos en los cuales se realizan procesos de integración entre el individuo y el entorno, que generan estilos y estrategias para afrontar una situación.” (5)

El enfermero se convierte, en este ambiente, en un profesional clave en el apoyo emocional al paciente y familia, creando un espacio de escucha para proporcionar seguridad, aceptación y ánimo, antes y durante los momentos de tensión, mediante un acercamiento mediante el diálogo sincero y abierto, que favorecerá la expresión de los sentimientos y pensamientos para permitir el afrontamiento a esta nueva situación,(6) ya que el profesional de enfermería tiene más tiempo para interrelacionar con el paciente,

convirtiéndose en un soporte importante para resolver sus dudas e inquietudes sobre el problema que le aqueja.

Es así que a través de la presente investigación se analizó los tipos de soporte emocional que brinda los profesionales de enfermería y los tipos de afrontamiento que presentan los pacientes politraumatizados, y que a través de la prueba de correlación de Spearman, se comprobó la existencia de relación entre el soporte emocional y el afrontamiento de los pacientes politraumatizados en el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa y de esta manera, dar a conocer los resultados con el fin de fortalecer o mejorar la calidad de los cuidados de enfermería, poniendo mayor énfasis en el soporte emocional (afectivo e informativo) como parte de proceso de atención de enfermería, que repercutirá en el cuidado de enfermería de calidad, con calidez.

El presente informe final de investigación consta: **I:** Planteamiento del problema, que incluye la descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos y limitantes de la investigación; **II:** Marco Teórico, que incluye los antecedentes, base teórica, base conceptual y la definición de términos básicos; **III:** Hipótesis y Variables, que incluye hipótesis general y específicas, así como definición conceptual de variables y operacionalización de variables; **IV:** Diseño metodológico, que incluye tipo y diseño de la investigación, método, población y muestra, lugar del estudio y periodo desarrollado, técnicas e instrumentos para recolección de la información, y análisis y procesamiento de datos, **V:** Resultados, que incluyen resultados descriptivos e inferenciales; **VI:** Discusión de resultados, que incluyen contrastación de la hipótesis, contrastación de los resultados con estudios similares y responsabilidad ética; así mismo se presentan conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y apartado de anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Labrada Despaigne A., Lisabet Rodríguez D. y Martínez Clavel LL., refieren que “El trauma es considerado un problema de salud pública a nivel mundial. Actualmente, es una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo, principalmente en la población económicamente activa y se estima que para el año 2020 será la primera causa de muerte en todo el mundo. Los traumatismos representan seis millones de muertes al año, un tercio más que la malaria, la tuberculosis y el VIH”.^(7p2) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “más del 90% de las muertes por traumatismo se producen en países con ingresos bajos y medios, en los que no suelen aplicarse medidas de prevención y cuyos sistemas de salud están menos preparados para afrontar el reto. Como tales, los traumatismos contribuyen claramente al círculo vicioso de la pobreza y producen consecuencias económicas y sociales que afectan a las personas, las comunidades y las sociedades”.⁽⁸⁾

Según NAEMT, “El trauma es la causa principal de muertes en las personas de entre 1 y 44 años de edad. Más de 70% de las muertes entre las edades de 15 y 24 años y más de 40% de las muertes entre las edades de 1 y 14 años se deben al trauma”^(9p2).

El trauma es uno de los problemas más complicados de controlar, debido a que son múltiples las causas que lo originan.⁽¹⁰⁾

Espinoza JM. Señala que “el impacto social de esta nueva pandemia es tan grave que produce, aproximadamente 3,5 millones de muertes y alrededor de 50 millones de lesionados anualmente a nivel mundial, con daños que pueden ser lesiones leves o llegar a presentar secuelas severas con discapacidad importante sin contar con el severo daño psicológico que sufren los sobrevivientes al trauma, [...]”

impactando seriamente en la dinámica familiar y de la sociedad que muchas veces no está preparada para la atención de este tipo de pacientes. El impacto económico, primero al presentarse como un serio problema de salud pública, en lo referente a los costos que involucran las atenciones de las situaciones agudas, hospitalización y tratamiento, sino también los costos de los tratamientos de recuperación y reinserción del individuo a la sociedad, segundo por los daños y pérdidas materiales y por la pérdida de producción por horas hombre de los afectados con secuelas, todos estos costos pueden llegar a representar cifras tan importantes que exceden en sobremanera el ingreso bruto interno de cualquiera de nuestros países.” (11)

Es por ello, que “el efecto socioeconómico de las incapacidades por traumatismo se multiplica en los países con ingresos bajos, que suelen contar con sistemas poco desarrollados de cuidados y rehabilitación postraumáticos, y con una infraestructura de bienestar social deficiente o inexistente”. (8)

En Perú, según cifras oficiales en el año 2010 hubo 2 852 muertos y 49 716 lesionados que fueron el saldo de los 83 mil 753 accidentes registrados en todo el país y esto representa cerca del 1,5% del PBI”. (11)

En este contexto el soporte emocional juega un papel importante en la fase de recuperación y reinserción de los pacientes politraumatizados a la sociedad. El soporte emocional es la capacidad que tiene el profesional de enfermería de percibir las necesidades físicas y espirituales de los pacientes, para ello deben interrelacionar, ser empáticos, amables y buenos oyentes, es importante entender que el soporte emocional es una forma de cuidado, que permite brindar tranquilidad, confianza, bienestar y confort. Los pacientes politraumatizados durante su estancia hospitalaria experimentan cambios súbitos, presentando temores, inseguridad y ansiedad,

generando que no haya un buen proceso de recuperación, prolongando su estancia hospitalaria. En este sentido los profesionales de enfermería juegan un rol de vital importancia, ya que son los que están mayor tiempo en contacto con los pacientes, siendo los mediadores en el proceso patológico, a través del cuidado holístico, donde se involucra al paciente y la familia. ⁽¹²⁾

Cáceres Rodríguez, Montoya, Camargo y Ruiz Hurtado reportó que después de un evento traumático la persona se ve enfrentada a una serie de pérdidas en diferentes aspectos de su vida, pasando por una etapa de desconcierto e incredulidad, una toma de conciencia progresiva, que se acompaña de sentimientos de tristeza, culpa, desesperanza, trastornos del sueño y de la alimentación; produciéndose alteraciones en su estado emocional que pueden afectar la forma como la persona afronta el proceso de rehabilitación y como se adapta a sus nuevas condiciones de vida; requiriendo de la persona el desarrollo de su capacidad de afrontamiento.⁽¹³⁾

Zavala Yoe, Rivas Lira, Andrade Palos y Reidl Martínez, señalan que, ante un estímulo estresante proveniente del medio, la persona realiza una evaluación y proporciona estrategias de afrontamiento a las que se suman expresiones emocionales, generando como consecuencia una serie de respuestas. ⁽¹⁴⁾

En el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa II-2 de Piura durante nuestra jornada laboral pudimos observar que los pacientes politraumatizados presentaron una gran variedad de sentimientos y emociones, como resentimiento, culpabilidad, rechazo, aislamiento, negatividad, depresión, ansiedad y vulnerabilidad; refiriendo: “porque me tuvo que pasar esto”, “este accidente me va a marcar de por vida”, “soy el único culpable de lo que me pasa”, “pude haber muerto”, “váyanse, déjenme solo”.

Por ser un problema de salud brusco que produce lesiones en diversos órganos y sistemas, afectando su estado general poniendo

en peligro su vida, alterando su rutina diaria y con la alta probabilidad de secuelas, necesitan una relación estrecha con alguien en que confíen sus preocupaciones, temores, dolencias e inseguridades.

Los sentimientos, afectos, estado anímico, actitudes que experimenta los pacientes en esta nueva fase, producto de su enfermedad y del tratamiento al que se ven sometidos, pudiendo provocar en el paciente que pierdan el control de la situación, hay pacientes que no se hacen partes del problema, no lo asumen y lo único que hacen es dejar que las cosas pasen con normalidad sin hacerle frente a la situación, ni comprometerse, otras buscan refugio espiritual y afectivo, en el cual depositan la esperanza en creencias religiosas, otras intentan manejar la situación utilizando formas de culpa lo que implica cargas afectivas desgastadoras que son equilibradas por el ser humano través del proceso de afrontamiento mediante diversas estrategias. Por otro lado, algunos pacientes buscan comprensión y afecto en otras personas que permitan dar solución al problema, tratan de encontrarle un nuevo sentido y una nueva solución a través del aprendizaje de la experiencia vivida

1.2. Formulación del Problema

1.1.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería con el afrontamiento de los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2, Piura? Período enero – marzo, 2019.

1.1.2. Problemas específicos

- ¿Cómo es el soporte emocional que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa II-2, Piura?
- ¿Cómo es el afrontamiento que presentan los pacientes politraumatizados del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa II- 2, Piura?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento de los pacientes politraumatizados del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura. 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa. Piura II-2. Piura.
- Identificar el afrontamiento que presentan los pacientes politraumatizados en servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura.

1.4. Limitantes de la investigación

1. **Limitante teórica.** En vista de que no cuenta con fuentes informativas como libros, artículos o sitios de internet que aborden el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento en pacientes politraumatizados tuvimos serias limitaciones en seleccionar antecedentes relacionados a la investigación, demandando más disponibilidad de tiempo, organización y recursos financieros, así como una buena dosis de paciencia. Recomendamos que próximas acciones deben incluir un cateo de estos actores y su correspondiente registro.

2. **Limitante temporal.** Aplicar los instrumentos de la investigación se tornó complicado, por la falta de disponibilidad de tiempo del profesional de enfermería del servicio de emergencia del hospital Santa Rosa, dado que en este servicio las actividades se realizan con rapidez, gran parte del tiempo está saturado y convulsionado. Además, la condición patológica de los pacientes dificultó a un más el desarrollo del estudio, ya que en un inicio se mostraron poco colaborativos y la poca estancia hospitalaria en este servicio ahondó más esta situación.

3. **Limitante espacial.** Obtener muestra grande es dificultosa en este estudio porque está confinado solo a pacientes politraumatizados del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

2.1.1. Antecedentes internacionales

Ávila Martín I.; Sarmiento P. y Muñoz de Rodríguez L. (2015), en su trabajo de investigación “Evolución del proceso de afrontamiento y adaptación en adultos hospitalizados que experimentaron un trauma músculo esquelético por accidentes de tránsito. Colombia. 2015”. Cuyo objetivo fue explorar la evolución del proceso de afrontamiento y adaptación de 11 casos de adultos que experimentaron un trauma músculo esquelético, por accidentes de tránsito, durante la estancia hospitalaria en la Clínica Universidad de la Sabana en 2015. Los hallazgos de este estudio muestran para ocho de los once casos una tendencia a mantenerse en nivel alto de afrontamiento o a pasar de nivel medio a alto desde el ingreso hasta el egreso hospitalario. La mayoría de los casos tuvo un proceso de afrontamiento y adaptación dirigido al problema, donde se encontró interés por resolver dudas relacionadas con la situación antes de actuar, utilización de experiencias pasadas consideradas como útiles, adopción de nuevas habilidades para afrontar las situaciones difíciles y el uso de soluciones alternativas y recursos. ⁽¹⁵⁾

Carreón Muñoz R., García Alonzo I. y Samaniego Garay RA. (2015). En su investigación titulada “Relación entre apoyo social y afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus de Jalpa, zacateca. México, 2015”, Cuyo objetivo de esta investigación propuso identificar la relación entre la variable de apoyo social y el afrontamiento de la enfermedad en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Materiales y métodos. Se estableció un diseño no experimental de tipo correlacional; a

través de un muestreo aleatorio simple se seleccionaron 90 participantes, los cuales contaban con un diagnóstico de diabetes tipo dos, no insulino dependientes, afiliados al seguro popular en el municipio de Jalpa, Zac. A dichos pacientes se les aplicaron los cuestionarios MOS de apoyo social y el de afrontamiento del estrés (CAE). Resultados. Dentro de los más destacados se encontraron altos índices de apoyo social percibido, así como relaciones significativas entre los cuatro factores de apoyo social con factores de afrontamiento, denominados focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo. Conclusiones. Los hallazgos hicieron manifiesto que los diabéticos estudiados presentaron una mejor adaptación a la enfermedad. ⁽¹⁶⁾

Bautista Rodríguez LM., Arias Velandia MF., y Carreño Leiva ZO. (2016). Realizó el estudio titulado “Percepción de los familiares del paciente crítico internado en relación a la comunicación y apoyo emocional”. Colombia, 2016., cuyo objetivo fue evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo de una clínica de IV nivel de la ciudad de Cúcuta. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 200 familiares; para la recolección de la información se utilizó el instrumento: (Percepción de los Familiares de los Pacientes Críticos), respecto a la intervención de Enfermería durante su Crisis Situacional. Resultados: La percepción global de los familiares, es favorable en un 80% expresando una connotación positiva. Discusión: Los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como un ser holístico,

donde el cuidado brindado estuvo caracterizado por comportamientos como: la empatía, la comunicación efectiva, el afecto y el tacto. Conclusiones: Humanizar la unidad de cuidado intensivo permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, una familia participativa es una familia más sana con más herramientas. ⁽¹⁷⁾

2.1.2. Antecedentes nacionales

Maturano Velásquez GN. y Miranda Limachi KE. (2014). Realizaron la investigación titulada “Apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería y el afrontamiento de los padres de los pacientes pediátricos post operados con cardiopatía congénita INCOR. 2014”. Objetivo fue: Analizar relación que existe entre apoyo emocional que brindar el personal de enfermería y la forma de enfrentar de los padres en pacientes pediátricos post operados con cardiopatía congénita. Metodología dicho estudio es no experimental, cuantitativo, descriptivo y correlacional, de corte transversal. La muestra estaba dada por 44 padres de los pacientes pediátricos post operados el tipo de muestreo fue no probabilístico. Utilizando dos instrumentos. Obteniendo que, el 27% de los padres recibieron apoyo emocional favorable, el 43% de los padres recibieron apoyo de tipo emocional desfavorable y el afrontamiento es desfavorable. Se usó el estadístico del Chi cuadrado, las variables tuvieron una relación significativa $p: 009$; esto indica que mientras más apoyo emocional brinda el profesional de enfermería, mejor afrontamiento de los padres de los pacientes pediátricos cardiópatas Conclusión: es importante la parte emocional en los momentos de conflictos para obtener una mejor forma de enfrentar de manera favorable. ⁽¹⁸⁾

Ataucuri Linares BE. (2016), realizó la tesis de grado sobre “Calidad de cuidados de enfermería al paciente politraumatizado del servicio de emergencia del Hospital de Apoyo Puquio Felipe Huamán Poma de Ayala. Ica, Perú”. Cuyo objetivo fue determinar la calidad del cuidado de enfermería para fortalecer aquellos conocimientos necesarios para el desarrollo de una actuación de enfermería eficaz y eficiente durante la atención inicial del paciente politraumatizado articulando una serie de pasos sistemáticos y ordenados al proceso de atención de enfermería oportuno. Concluyendo que existe un porcentaje importante de profesionales de enfermería que no realizan la valoración inicial de los pacientes politraumatizado que ingresa a la emergencia que incluye conocer el estado del sistema respiratorio. La mayor parte de los profesionales de enfermería no realizan la valoración circulatoria de los pacientes politraumatizado que ingresa a emergencia. En cuanto a la valoración neurológica existe un porcentaje importante de profesionales de enfermería que no realizan dicha valoración a los pacientes politraumatizado que ingresa a la emergencia. Existe un porcentaje importante de profesionales de enfermería que no realizan la valoración tegumentaria de los pacientes politraumatizado que ingresa a la emergencia. ⁽¹⁹⁾

Chilin Rojas (2017), realizó la investigación titulada “Comunicación y apoyo emocional de enfermería en percepción del familiar del paciente crítico internado en el Hospital Naval - 2017” tuvo como objetivo general determinar la relación de la Comunicación y apoyo emocional de enfermería en percepción del familiar del paciente crítico internado en el Hospital Naval - 2017. Es una investigación desarrollada en el enfoque cuantitativo, del tipo básica y diseño no experimental; de corte transversal, el muestreo fue no probabilístico y la muestra

estuvo conformada por 62 familiares. Aplicó un cuestionario de tipo Likert para medir las variables comunicación y apoyo emocional, las cuales fueron sometidas a validez y confiabilidad. Se aplicó el estadístico de prueba Rho de Spearman, para determinar la correlación entre variables, donde existe una relación positiva y significativa entre la Comunicación y apoyo emocional de enfermería en percepción del familiar del paciente crítico internado en el Hospital Naval - 2017, con una significancia $p = 0.000 < 0.05$ y $\rho = 0.822$. (20)

Columbus Villalta (2017), en su estudio sobre el “Apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería y el afrontamiento de los pacientes con cáncer de mama de 30 a 50 años de la Unidad de Quimioterapia de la Clínica Oncosalud. 2017”. Cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería y el afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama de 30 a 50 años de la Unidad de quimioterapia de la clínica Oncosalud. Dicho estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal; obteniendo que el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería es bajo y se refleja en la carencia de apoyo efectivo reflejado en el 75% y en el escaso apoyo emocional informativo, según lo que indica el 70%. El afrontamiento que tienen los pacientes con cáncer de mama es regular, según la respuesta del 62.5%; este nivel se manifiesta también en lo relacionado al afrontamiento pasivo y al afrontamiento activo, de acuerdo a lo manifestado por el 52.5% y 67.5% de pacientes respectivamente; Concluyendo que se evidencia un afrontamiento regular lo que quiere decir que hay relación entre el apoyo emocional del profesional de enfermería y el afrontamiento del paciente, mientras hay un mal apoyo emocional hay un afrontamiento malo o regular. (21)

2.2 Base Teórica

Aportes De Kozier (1993).

Enfermería: La enfermería o el ejercicio de la enfermería significan la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud y comprende la práctica y la supervisión de las funciones y servicios que directa o indirectamente, y en colaboración con un cliente o con otros profesionales de la salud que no son enfermeros, tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, la recuperación de la salud y el desarrollo óptimo de esta, e incluye todos los aspectos implicados en el proceso de atención de enfermería. ⁽²²⁾

Según la American Nurses Association (ANA), “La enfermería es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones”. ⁽²³⁾

Funciones del profesional de enfermería:

Cuidador: El papel de cuidador ha incluido tradicionalmente aquellas actividades que ayudan al paciente física y fisiológicamente a la vez que mantienen su dignidad. Las acciones de enfermería requeridas pueden comprender unos cuidados completos para el paciente totalmente dependiente, cuidados parciales para el paciente parcialmente dependiente y cuidados educativos y de apoyo para que los pacientes alcancen su nivel máximo posible de salud y bienestar. Esta labor comprende los niveles físicos, psicosocial, de desarrollo, cultural y espiritual. ⁽²³⁾

Consejero: Ayuda a un cliente a reconocer y tratar los problemas de estrés psicológico o social, a mejorar la relación entre las personas y a fomentar el desarrollo individual. En este proceso, es muy importante

prestar apoyo emocional, intelectual y psicológico. La enfermera trata de ayudar a las personas para que adopten nuevas actitudes, sentimientos y comportamientos, sin ocuparse de fomentar el desarrollo intelectual. ⁽²²⁾

Comunicador: La comunicación forma parte de todos los roles de enfermería. Los miembros de esta profesión se comunican con el paciente, las personas de apoyo, otros profesionales de la salud y los miembros de la comunidad. En el papel de comunicador, los profesionales de enfermería identifican los problemas del paciente y después los transmiten verbalmente o por escrito a otros miembros del equipo de salud. La calidad de la comunicación de un profesional de enfermería es un factor importante en los cuidados de enfermería. El profesional de enfermería debe ser capaz de comunicar con claridad y precisión para poder cumplirlas necesidades de cuidados de salud de un paciente. ⁽²³⁾

Educador: Brinda conocimiento sobre su salud y procedimiento que se le realizaran. El profesional de enfermería valora las necesidades de aprendizaje del paciente y su disponibilidad para aprender, fija metas específicas de aprendizaje junto con el paciente, aplica estrategias de enseñanza y mide el aprendizaje, también educa al personal técnico de enfermería, delegando cuidados y compartiendo experiencia con otros profesionales. ⁽²³⁾

Defensor: La defensa social implica actuaciones en nombre de una población o una comunidad para efectuar un cambio positivo. Los profesionales de enfermería comprometidos en esta forma de defensa pueden fomentar entornos saludables a través de acciones políticas, educación comunitaria y alistamiento en organizaciones profesionales. ⁽²²⁾ “Un defensor del paciente actúa para proteger al paciente. En este papel, el profesional de enfermería puede expresar las necesidades y deseos del paciente ante otros profesionales de la salud, y transmitir los deseos de información del paciente al médico. También ayuda a los

pacientes a ejercer sus derechos y a hablar por sí mismos". (23)

Agente de cambio: El profesional de enfermería es un ente de cambio, ya que ayuda a los pacientes a modificar su conducta, ayudando a mejorar el sistema de cuidados y a recupera la salud del paciente. (23)
Un elemento esencial de la atención de enfermería es fomentar los cambios. Utilizando este proceso, el profesional de enfermería ayuda al paciente y su familia a poner en práctica y mantener esos cambios que favorecen la salud. (22)

Líder: Un líder es aquel que influye para trabajar en equipo logrando objetivos específicos. (23) El liderazgo sirve para dar valor al ejercicio de la enfermería y ayuda al desarrollo profesional. La finalidad del liderazgo varía según su nivel de aplicación e incluye: a) mejorar el estado de salud y las posibilidades de los individuos o las familias, b) aumentar la eficacia y el grado de satisfacción entre los profesionales de la salud, y c) mejorar las actitudes de los ciudadanos y los legisladores hacia las expectativas de la profesión de enfermería. (22)

Gestor: El profesional de enfermería gestiona los cuidados de enfermería de individuos, familias y comunidades. El profesional de enfermería gestor también delega actividades de enfermería al personal técnico y otros profesionales, y supervisa y evalúa su rendimiento. La gestión requiere un conocimiento sobre estructura y dinámica organizativa, autoridad y responsabilidad, liderazgo, teoría del cambio, apoyo activo, delegación y supervisión y evaluación. (23)

Consumidor de Investigación: Los profesionales deben ejercer la profesión basada en la investigación continua para brindar calidad de atención. En el aspecto clínico es necesario: a) conocer el proceso y el lenguaje de investigación; b) sensibles a temas relacionadas con la protección de los derechos humanos; c) participar en la identificación de problemas que requieren ser investigados, y d) utilizar con sentido con objetividad los hallazgos de la investigación. (23)

Aportes de Peplau. Enfermería Psicodinámica (1952)

Para Peplau, “La Enfermería Psicodinámica consiste en ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a los demás a identificar los problemas que sienten y aplicar los principios de las relaciones humanas a las dificultades que surgen en todos los grados de la experiencia”. ^(22 p47) “En la teoría de Peplau es fundamental el uso de una relación terapéutica entre el profesional de enfermería y el paciente. Los profesionales de enfermería inician una relación personal con un individuo cuando hay una necesidad. La relación entre profesional de enfermería y paciente evoluciona en cuatro fases” ^(23 p63):

- **Orientación:** en esta fase el paciente busca ayuda, siendo el profesional de enfermería quien le ayuda a entender el problema y la importancia de esa ayuda. ⁽²³⁾
- **Identificación:** en esta fase “el paciente asume una actitud de dependencia, interdependencia o independencia en relación con el profesional de enfermería (vínculo). El interés del profesional de enfermería es asegurar que entiende el significado interpersonal de la situación del paciente”. ^(23 p63)
- **Explotación:** durante la fase de explotación, el paciente extrae el mayor partido de lo que se le ofrece el profesional de enfermería a través de la relación. Se pueden alcanzar nuevos objetivos a través del esfuerzo personal, y el poder se traslada del profesional de enfermería al paciente. ⁽²³⁾
- **Resolución:** esta fase se produce cuando se abandonan de forma gradual las necesidades y objetivos antiguos, adoptando nuevos. Resueltas las antiguas necesidades, surgen nuevas. ⁽²³⁾

Aportes de Jean Watson (1979)

En enfermería, la práctica de la atención de es vital importancia. ⁽²³⁾
Según Watson, la asistencia profesional se desarrolla a través del

estudio combinado de las ciencias y las humanidades, y culminado en una atención humana entre el profesional de enfermería y el paciente trascendiendo el marco espacial y temporal, adquiriendo dimensiones espirituales. (22)

Watson basa su teoría del ejercicio profesional de la enfermería en los 10 factores asistenciales que se explica a continuación.

- Formulación de un sistema de valores humano altruista. Los valores humanos y altruistas se adquieren en las primeras fases de la vida, pero pueden recibir una honda influencia de los educadores en el campo de la enfermería. Este factor puede definirse como la satisfacción que se percibe al prestar ayuda y como la ampliación del sentido de uno mismo. (22)
- Inducción de fe y esperanza, significa estar presentes facilitar y respetar sus creencias, y el mundo vital subjetivo propio y de la persona a quien le se brinda la atención. (23)
- Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás, lo profesionales de enfermería al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos, se hacen más sinceros, auténticas y sensibles ante los demás. (23)
- Desarrollo de una relación de atención humana basada en la ayuda y confianza, que se convierte en “desarrollo y mantenimiento de una relación auténtica, de ayuda y confianza”. (23 p67)
- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos, compartir la expresión de sentimientos tanto positivos, como negativos como una conexión espiritual. (23)
- Uso sistemático de un proceso de atención creativo para resolver los problemas, el profesional de enfermería hace uso

de su propia creatividad y de todos los medios de conocimiento para brindar una buena atención. (23)

- Promoción de la enseñanza - aprendizaje transpersonales, permite establecer una relación empática de enseñanza y aprendizaje (23), trasladando la responsabilidad del bienestar y la salud de su persona al propio paciente. El profesional de enfermería utiliza técnicas de aprendizaje - enseñanza diseñadas para permitirle alcanzar el autocuidado, determinando necesidades personales y fomentar su desarrollo personal. (22)
- Prestación de un entorno de apoyo, protector o mental, físico y social, correctivo, reconocer la influencia que tiene el entorno interno y externo en la salud y la enfermedad. Algunos conceptos de importancia en el entorno interno son el bienestar mental y espiritual y las convicciones socioculturales de la persona. Además de las variables epidemiológicas, entre los factores del entorno externo cabe citar la comodidad, la confidencialidad, la seguridad y un ambiente estético y limpio. (23)
- Ayuda con gratificación de las necesidades humanas, que se convierte en “ayudar a las necesidades básicas, con una conciencia intencionada de atención, administración de “los cuidados humanos esenciales”, que potencian la alineación de cuerpo y espíritu, la complejidad y la unidad de ser en todos los aspectos de la atención”, tendiendo a abarcar el espíritu y el desarrollo espiritual en evolución. (23 p67)
- Respecto a las fuerzas existenciales – fenomenológicas – espirituales, que se convierte en “apertura y atención a las dimensiones espirituales-místicas y existenciales de la vida y la muerte; cuidado del alma propia y de la persona a la que se cuida”. (23 p68)

Aportes De Joyce Travelbee (1966)

Enfermería.

Joyce Travelbee definió la enfermería como un proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, a dar sentido a estas experiencias. La enfermería es un proceso interpersonal, ya que se trata de una experiencia que surge entre el profesional de enfermería y una persona o un grupo de personas. ⁽²²⁾

Relación persona a persona.

Joyce Travelbee, la enfermería consiste en la relación enfermero – paciente, donde la relación es ante todo una experiencia o series de experiencias que vive el profesional de enfermería y el paciente. La principal característica de estas experiencias es que satisfacen las necesidades de enfermería que presentan los pacientes y su familia. ⁽²⁴⁾

La relación enfermero – paciente constituye el medio de lograr el objetivo de enfermería. Esta relación se establece cuando la enferma y el receptor de sus cuidados alcanzan una compenetración después de haber pasado por las fases de encuentro original, revelación de identidades, empatía y simpatía. ⁽²⁵⁾

- **Encuentro original:** Se caracteriza por las primeras impresiones que recibe el profesional de enfermería del paciente, y viceversa. Ambos se perciben mutuamente según sus roles estereotipados. ⁽²⁴⁾
- **Revelación de identidades:** Se caracteriza porque el profesional de enfermería y la persona enferma empiezan a verse mutuamente como individuos únicos. A partir de ella se establece un vínculo que dará lugar a la relación. ⁽²²⁾

- **Empatía:** Se distingue por la capacidad de compartir la experiencia de la otra persona. El resultado de este proceso de empatía, es la capacidad de predecir la conducta de la persona con la que se mantiene esta forma de relación. ⁽²⁴⁾ Travelbee señalaba que el proceso de empatía se potencia gracias a dos cualidades: la semejanza en las experiencias vividas y el deseo de comprender a la otra persona. ⁽²²⁾
- **Simpatía:** “La simpatía va más allá de la empatía y se produce cuando el profesional de enfermería desea aliviar la causa de la enfermedad o el sufrimiento del paciente”. ⁽²⁴⁾ “Cuando se simpatiza con alguien, se produce una implicación personal que no imposibilita la acción adecuada”. El profesional de enfermería puede tomar decisiones eficaces de asistencia después de haber alcanzado la fase de simpatía. “Esta acción de asistencia eficaz requiere una combinación de un método intelectual disciplinado y el uso terapéutico del yo”. ⁽²²⁾
- **Compenetración:** La compenetración se caracteriza por acciones de enfermería que mitigan el sufrimiento de una persona enferma. El profesional de enfermería y el paciente se relacionan como seres humanos y este último deposita su confianza y su fe en aquel. “Una enfermera es capaz de lograr la compenetración porque cuenta con los conocimientos y el adiestramiento necesarios para ayudar a las personas enfermas y porque es capaz de percibir, responder y apreciar la individualidad del ser humano enfermo”. ⁽²²⁾

El modelo de relaciones entre seres humanos amplió las teorías de relación interpersonal de Peplau y Orlando, la diferencia fundamental se revela en cuanto a la relación humana terapéutica entre la enfermera y el paciente. El énfasis de Travelbee en el cuidado puso de relieve la empatía, la

compenetración y los aspectos emocionales de la enfermería. (25 p59)

2.3 Base Conceptual

Politraumatizado

Se define como paciente politraumatizado al “que presenta una o varias lesiones de origen traumático, de las cuales, al menos una de ellas puede comprometer de forma más o menos inmediata la vida del mismo”. (27)

El término “politraumatismo” ha carecido clásicamente de una definición aceptada de forma universal. Lleva usándose más de 50 años, a lo largo de los cuales ha tenido múltiples significados. Entre ellos destacaríamos:

- Dos o más lesiones significativas.
- Al menos dos lesiones severas en cabeza, tórax o abdomen, o una de ellas asociada a una lesión en alguna extremidad.
- Dos o más lesiones, una de las cuales es potencialmente fatal.
- Múltiples lesiones orgánicas y/o musculoesqueléticas con alteración de la circulación y/o ventilación que comprometen la vida de forma inmediata o en las horas siguientes.

Como se puede observar, ni siquiera hay una posición unánime respecto a si el término “politraumatizado” se refiere meramente a un paciente con lesiones múltiples o si estas lesiones ponen necesariamente en peligro su vida.

Con el propósito de dar una solución a este problema, un grupo internacional de traumatólogos especializados en el manejo del enfermo politraumatizado realizan un estudio durante 4 años con 28.000 pacientes, determinando cuáles son los rasgos que mejor

definen un politraumatismo. De esta forma se llega a la definición de politraumatismo de Berlín (2012):

- Tener presente al menos una de las cinco condiciones patológicas estandarizadas: ≥ 70 años, $GCS \leq 8$, $TAS \leq 90$ mmHg, $EB \leq -6$ y coagulopatía ($TTPa \geq 40$ sg ó $INR \geq 1.4$). Esta definición es un tanto novedosa en cuanto a que incorpora cinco variables fisiológicas. De esta forma se deja atrás la visión meramente anatómica del politraumatizado, y las lesiones osteomusculares que no implican un impacto fisiológico se catalogan como “traumatismo múltiple”. (28 p11)

Enfoque inicial del paciente politraumatizado:

Una vez producido el evento traumático y por ende lesiones, “se inicia un periodo de tiempo en el cual se producen cambios fisiológicos que buscan recuperar la homeostasis del organismo, en algunas personas esto es imposible por la magnitud de la lesión, en otros estos mecanismos son los suficientes como para proporcionar un poco más de tiempo que le permita alguna oportunidad de supervivencia, sin embargo estos cambios no se pueden mantener por mucho tiempo, a lo largo del último siglo los conflictos bélicos, los desastres y ahora los traumas civiles debido a los accidentes de tránsito han servido como “un laboratorio” para entender esto y aplicar una filosofía en el manejo de este tipo de situaciones aplicando la “hora dorada” planteado por el Colegio Americano de Cirujanos, para lo cual debemos de tener un sistema de soporte pre hospitalario eficiente, que cumpla con los principios básicos del manejo: valoración rápida, manejo apropiado de la vía aérea, control eficiente de la hemorragia, estabilización de fracturas, iniciación de reemplazo de volumen sanguíneo perdido y una evacuación rápida y segura a un centro hospitalario.

Es de suma importancia para el personal que apoyará en el manejo inicial del politraumatizado, ya que es el que se realiza en el lugar donde se produjo el evento y a poco tiempo de ocurrido, por lo que se debe

de determinar principalmente de qué tipo de politrauma se trata en función de la gravedad, es decir realizar el triage:

- **Politraumatismo leve:** Paciente cuyas lesiones son superficiales, contusiones sin heridas ni fracturas.
- **Politraumatismo moderado:** Con lesiones o heridas que generan algún tipo de incapacidad funcional mínima.
- **Politraumatismo severo o grave:** Pacientes con alguna de las siguientes condiciones:
 - Muerte de cualquier ocupante del vehículo
 - Eyección de paciente de vehículo cerrado
 - Caída mayor a dos veces la altura del paciente
 - Impacto a gran velocidad > 50 Km./h
 - Compromiso hemodinámico: presión sistólica < 90 mmHg
 - Bradipnea frecuencia respiratoria < 10 o taquipnea > 30
 - Trastorno de conciencia, Glasgow < 13
 - Fracturas de dos o más huesos largos
 - Herida penetrante en cabeza, cuello, dorso, ingle
 - Extracción del vehículo dura más de 20' o ha sido dificultosa.
 - O que presenten alguna de las siguientes características como agravante: Edad > 60 años, embarazo, patología grave preexistente". (11)

Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986), definen el afrontamiento, como "aquellos esfuerzos cognitivo y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo", es decir, se ve al afrontamiento como un

proceso que está en constante evolución ante el esfuerzo del individuo por adaptarse o similar una situación estresante y se presenta en el momento en que el sujeto debe responder a las demandas hechas por el contexto en donde se encuentre, hay, por lo tanto , una relación constante entre el individuo y el ambiente. (29 p6)

Estos mismos autores, plantean que el afrontamiento como proceso tiene tres aspectos fundamentales, el primero tiene que ver con lo que el sujeto piensa y hace, a manera en que evalúa el evento estresante o la demanda hecha; el segundo se refiere a lo que el sujeto va a afrontar; y finalmente se habla de que de que el proceso de afrontamiento debe llevar al individuo a un cambio en sus pensamientos y en su comportamiento en la medida en que interactúa con su entorno. (30)

Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso constante en donde el sujeto debe poner en acción todo su esfuerzo tanto cognitivo como comportamental, buscando la manera de adaptarse a la situación; y al hablarse de un esfuerzo cognitivo se está hablando del sujeto reevaluando, generando estrategias que le permitan protegerse y/o resolver un problema, es una búsqueda constante de mejorar su situación. En esta búsqueda el individuo encuentra que su relación con el entorno cambia, esto se puede dar de manera interna, es decir, que en el sujeto se modifique el significado del evento y esto le permita un acercamiento y una mejor comprensión a dicha situación, o puede ser que el entorno como tal cambie, y estos cambios pueden ser independientes del individuo y de lo que hace para afrontarlo, lo que llevaría, de nuevo al sujeto a reevaluar lo que está sucediendo y de lo que esto significa en su proceso. (30)

Se ha venido hablando del afrontamiento como un proceso, por lo que se pensaría que conlleva una etapas en las cuales se expresaría el estado en que se encuentre el sujeto, pero luego de varios estudios, de diversas propuestas por diferentes autores se llega a la conclusión, de que el afrontamiento no es un proceso normativo; es decir, el individuo

si puede pasar por unas etapas, pero estas pueden variar dependiendo del sujeto que está viviendo la situación, ya que la forma en que el sujeto percibe, evalúa y le da significado a un evento estresante es diferente a otros. ⁽³¹⁾

A partir de estos, **Lazarus y Folkman (1984)**, hablan de dos funciones que se diferencian dentro del proceso de afrontamiento; el afrontamiento dirigido al problema, siendo el primero un intento por regular la respuesta emocional, el cual se presenta cuando el sujeto realiza una evaluación de la situación y se da cuenta que no puede hacer nada para cambiar las condiciones amenazantes de su entorno. Dentro de este modo de afrontar se habla de un proceso cognitivo que se encarga de disminuir el trastorno emocional a través de estrategias como la evitación la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas, y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos; y el segundo un intento por manipular el problema. ⁽³⁰⁾

Al hablarse de un proceso cognitivo como una forma de afrontar en el ámbito afectivo se hace énfasis en el concepto de reevaluación, puesto que el individuo busca la manera de modificar su forma de vivir la situación, de darle un significado diferente a lo que realmente está ocurriendo, y esto lo hace desde su perspectiva interna, es decir, la situación no cambia realmente, pero si su forma de verla y significarla, es por esto que se habla de una reevaluación cognitiva en donde el sujeto le da una segunda mirada a la situación amenazante o estresante para afrontarla de una mejor manera. ⁽³²⁾

El modo de afrontamiento dirigido al problema se da con más frecuencia en situaciones en que el sujeto percibe si son susceptibles al cambio. A partir de esto, el individuo genera estrategias para redefinir el problema y de allí encontrar la solución a éste. Este tipo de afrontamiento tiene una gama de posibilidades mucho más amplias que el afrontamiento dirigido a la emoción, puesto que las estrategias que

se encuentran para cambiar o modificar el problema también van a tener un efecto en la interioridad del sujeto, por lo tanto, trabaja tanto en la redefinición y solución del problema como también para la reevaluación que hace el sujeto de ese problema, logrando así un mejoramiento de la situación.

Para el sujeto llevar a cabo este proceso de afrontamiento debe tener en cuenta los recursos que ya tiene. El sujeto requiere de estos recursos como propiedades particulares para afrontar la situación amenazante, algunos de los recursos propuestos son: la salud y la energía (recursos físicos) en donde se dice que una persona saludable y con una buena disposición física puede afrontar una situación de estrés mucho mejor que una persona frágil, enferma o cansada, ya que para afrontar y hacer cara a un problema o una situación amenazante es mejor tener una buena disposición física y no un cuerpo agotado; las creencias positivas(recursos psicológicos), las técnicas sociales(apertudes), y de resolución del problema , entre otros recursos que son ambientales e incluyen recursos sociales y materiales. ⁽³³⁾

En lo referido a las creencias positivas, se dice que una percepción positiva de sí mismo ayuda al proceso de afrontamiento, dentro de esto se habla de esperanza ya que una persona con una percepción positiva de sí misma puede lograr ver y valorar la situación adversa de una forma diferente, permitiéndole así afrontarla. ⁽³⁴⁾

Columbus cita a Valdés “En cuanto a las técnicas de resolución de problema, se habla de un individuo buscando la forma de solucionar y afrontar la situación amenazante, un sujeto activo buscando alternativas, explicaciones, examinando las posibilidades que tiene con respecto a la situación, sus ventajas y desventajas, para llevar a cabo esto el sujeto tiene que recurrir a sus experiencias previas, a sus habilidades cognitivas- conductuales.

A pesar de los recursos también se habla de las posibles limitaciones que se pueden presentar en el proceso de afrontamiento, ya que en

esa relación individuo-entorno, pueden haber demandas hechas por el ambiente al individuo que exceden los recursos con los que él cuenta, puede suceder que el individuo cuente con los recursos adecuados para afrontar la situación y responder a las demandas pero éste no sabe cómo ponerlas en uso; y esto puede darse a causa de unos condicionamientos personales que lo limitan, es decir, se limita a causa de sus creencias o esquemas que ha construido durante su desarrollo; y también se habla de unos condicionamientos ambientales como son los limitantes en cuanto a recursos materiales que le impidan al individuo afrontar la situación estresante o amenazante”. (21 p25,26)

Afrontamiento y enfermedad

García – Camba (1999) señala que: “El paciente debe evaluar la situación enfrentándose al dolor, la postración o incluso la invalidez; debe redefinir su propio rol, y modificar sus metas a corto o largo plazo, asumiendo su alteración, temporal o no, de sus relaciones intra e interpersonales”.

Para que él paciente pueda realizar este proceso de afrontamiento con su enfermedad este debe tener en cuenta los recursos con los que cuenta para afrontar su diagnóstico y tratamiento, en caso de que no exista esta última posibilidad, pues el conocer los recursos con los que cuenta le permitirá percibir la enfermedad y las consecuencias de esta en su vida y afrontarlo de una manera más adecuada, o por lo menos lograr un bienestar durante el periodo de ésta. (33)

Es importante hacer énfasis en cómo el sujeto percibe su enfermedad, ya que ésta percepción y la valoración que hace ésta determina, de alguna manera, sino totalmente la respuesta de sujeto a la misma, y a la vez, se debe tener en cuenta que esta no está fija en el tiempo, puesto que tanto la enfermedad como la valoración y proceso de afrontamiento que hace el sujeto a la enfermedad es cambiante a causa de las demandas ambientales y personales, convirtiéndose así en una relación bidireccional entre el sujeto, su enfermedad y su entorno.

Según García - Camba (1999), afrontamiento es un proceso que se da en el sujeto teniendo como fundamento una relación existente entre el individuo y su entorno. Es por esto que es importante tener claro que no existe una respuesta mejor o peor en el proceso de afrontamiento de un sujeto, puesto que se debe tener en cuenta el contexto, las características particulares de un individuo, la interacción de dicho individuo con su entorno, y el grado de amenaza que representa la enfermedad para el sujeto. Por lo tanto, a partir de dichas particularidades el paciente construye unas estrategias de afrontamiento que le permiten, según su propia percepción y sus recursos afrontarse a su nueva condición; lo que da paso hablar sobre los estilos de afrontamiento. ⁽³⁵⁾

Clasificación del afrontamiento

- **Afrontamiento activo o positivo:** La premisa fundamental es ver el problema como una oportunidad para crecer, para aprender algo de la vida, esto implica: planificar, priorizar, buscar soluciones, concentrar los esfuerzos en aplicar una solución, reinterpretarla positivamente, buscar apoyo. Aplicar la aceptación si no hay solución, autocontrol, confrontación, considerar que tengo control sobre la situación y que voy a resolverla. Todo ello aumenta nuestra confianza y eficacia.

El afrontamiento de tipo activo (que busca ejecutar acciones directas con el fin de apartar o evitar el estresor) y el estilo enfocado en el problema (orientado a cambiar o eliminar la fuente de la amenaza) parecen estar asociados a los resultados psicológicos más positivos al favorecer la adaptación a la nueva condición de enfermo. ⁽²⁹⁾

- **Afrontamiento pasivo o negativo:** La base está en encarar la adversidad como una amenaza o daño personal, evitamos encarar los conflictos, lo aplazamos, abandonamos cualquier

esfuerzo para afrontarlo, lo delegamos a otra persona, lo distanciamos.

En ambas las emociones juegan un rol importante en nuestro estilo de afrontar, en nuestra percepción de éxito ya sean negativas – provocando sensación de inutilidad, pesimismo, pasividad- como positivas, generando una visión de autoeficacia orientada al problema, a la acción. Cuando ante un problema nos centramos en las emociones negativas nos focalizamos más en nosotros mismos y nos creemos incapaces, adoptando en ocasiones el rol de víctima, reforzando aún más nuestra percepción errónea de ineficacia. ⁽³⁰⁾

Soporte emocional

El soporte emocional ante la enfermedad

La práctica médica de los últimos años se ha tornado cada vez más sofisticada, más tecnificada y especializada en órganos y funciones; ha estado más centrada en la enfermedad como una entidad patológica independiente del enfermo, lo que la constituye un reto y por lo tanto la despersonaliza y la deshumaniza. El enfermo, la persona, ha perdido su unidad como ser humano.

No hay fórmulas claras y sencillas para dar apoyo psicológico ante la enfermedad; este es básicamente un problema de motivación, de actitud y de capacitación. Del deseo auténtico de ayudar y respetar y de una actitud abierta a comprender al enfermo como persona viviendo un proceso que trasciende lo orgánico; un proceso vital que afecta sus emociones, sus relaciones, sus actividades y aun sus posiciones existenciales y espirituales. Una actitud abierta a reconocer que la relación del médico o del equipo de salud con el paciente, no es una relación neutra ni objetiva, sino una relación interpersonal profunda, que, como toda relación interpersonal, involucra aspectos de personalidad de ambos sujetos y que moviliza sentimientos más o

menos conscientes de ambas partes. El profesional de la salud debe saber qué significa la enfermedad para la persona, cuáles son las reacciones, dificultades, sentimientos y necesidades normales que la enfermedad le genera; qué se espera de ellos y cómo pueden responder para poder establecer una verdadera relación terapéutica.

De lo contrario, se establecen relaciones automáticas, impersonales que pueden resultar iatrogénicas, incrementando las dificultades del paciente.

El significado de la enfermedad

La vivencia de la enfermedad es una experiencia íntimamente personal que está modulada por la historia de cada individuo, pero también por las concepciones socioculturales de cada comunidad, lo que determinan las creencias, los mitos, los modos socialmente aceptables de expresar los síntomas y aun el lenguaje para referirse al cuerpo y a sus funciones. Independientemente de estos condicionamientos, la enfermedad nos enfrenta al desvalimiento, al sufrimiento, a la vulnerabilidad y a la amenaza de muerte. La enfermedad nos recuerda la verdadera naturaleza humana y despierta en todos temores y necesidades infantiles de supervivencia.

El desvalimiento es la dependencia absoluta del bebé de la madre u otros adultos para poder sobrevivir. Él no puede satisfacer por sí mismo ninguna de sus necesidades primarias ni puede evitar peligros o situaciones que lo amenacen. Para la supervivencia requiere de una compañía efectiva que pueda entenderlo y responder a sus necesidades lo cual es, poco a poco, interpretado por él como amor y afecto. Compañía, seguridad y la presencia de un adulto confiable son necesidades básicas del niño, que se reactivan durante la experiencia de enfermedad, en la cual su independencia y capacidad de valerse por sí mismo se encuentran temporal o definitivamente disminuidas. Este significado profundo de la enfermedad nos explica las relaciones

ansiosas y demandantes que muchos pacientes establecen con los profesionales de salud (sus cuidadores) y sus familiares.

La respuesta a la enfermedad

Cada persona enferma responde de una forma particular a su experiencia de enfermedad desarrollando una relación dinámica paciente-enfermedad que depende de factores personales y factores externos, entre los cuales podemos destacar:

- **La personalidad del paciente:** Los rasgos de personalidad del paciente determinan en términos generales el tipo y la calidad de relaciones que establecen con los demás, incluyendo al personal de salud; los mecanismos de defensa que emplea, los recursos con que cuenta y sus modalidades de enfrentar las situaciones de crisis, las interpretaciones que da a los sucesos de su vida y especialmente sus actitudes básicas de lucha o claudicación ante las dificultades. Comprender esta dimensión del paciente facilita la forma de relacionarse con él, identificar el apoyo que requiere, las exigencias que se le pueden hacer y el tipo de información que se le debe de dar.
- **La experiencia previa con la enfermedad:** El paciente desarrolla su propio significado de la enfermedad en general y de su enfermedad específica a partir del conocimiento o contactos que haya tenido con situaciones similares a la suya. Es frecuente observar temores intensos al cáncer, por ejemplo, por lo que vivieron en algún abuelo o tío que murieron presos de dolores no controlados. Otras experiencias provienen de sus propias fantasías infantiles sobre enfermedades que no fueron adecuadamente explicadas o que fueron escondidas para el niño quien solo contaba con percepciones aisladas y que les daba interpretaciones dramáticas o fantasmagóricas, con la connotación de amenazante que tiene todo tema prohibido. Una

buena relación terapéutica debe incluir el preguntar al paciente sobre este tipo de recuerdos y clarificar sus fantasías.

- **La connotación social de la enfermedad:** Cada enfermedad tiene un significado diferente en un momento histórico y geográfico. Enfermedades ligadas con pobreza, malas condiciones nutricionales o de higiene o enfermedades de transmisión sexual entre otras, pueden generar tanto en el paciente como en su familia y el equipo de salud reacciones de rechazo y de vergüenza. [...] Algunas complicaciones de hipertensión, diabetes o problemas cardiovasculares producen culpabilización del paciente por hábitos de vida inadecuados, e incluso en problema músculo-esqueléticos y digestivos o por estrés, se generan suspicacias con respecto al equilibrio emocional de las personas. Hay algunas enfermedades que cuentan con status social.

Estas actitudes modulan como el paciente se siente consigo mismo y con su enfermedad.

- **La red de apoyo familiar y social:** Modula la reacción del enfermo no solo por la connotación que le den a la enfermedad, sino también por las actitudes que tengan hacia el hecho mismo de estar enfermo. En algunas familias la enfermedad se considera una debilidad y se abandona o se crea hostilidad hacia el enfermo; en otras en cambio, se considera una oportunidad para cuidar, reparar y expresar sentimientos afectuosos.
- **El momento en el ciclo vital:** Los niños tienen una concepción diferente de la enfermedad porque tienen una comprensión muy diferente de la muerte. [...] Para el adolescente son primordiales las alteraciones en su esquema corporal y el mantener intacta su autoestima por medio de la imagen de fortaleza que den ante los demás. [...] Para los adultos se suman preocupaciones por su capacidad de mantener su actividad y productividad, así como

no perder su rol en la familia. El paciente anciano tiene una mayor confrontación con su muerte, una mayor revisión de su vida, especiales temores de ser una carga o estorbo y que por ello sea abandonado o sacado del núcleo familiar.

- **El efecto económico de la enfermedad en la familia:** Los gastos directos (hospitalización, drogas, honorarios médicos, etc.) y los costos indirectos (permisos laborales, disminución en la productividad, etc.) pueden generar un estado emocional negativo, con incremento de la ansiedad, culpa y depresión.
- **Grado de amenaza de la vida o de incapacidad a largo plazo:** Toda enfermedad representa inconscientemente la vulnerabilidad del organismo humano y la posibilidad de muerte. De hecho, hay un daño en su cuerpo y una alteración en la percepción de sí mismo. La aparición de la enfermedad también implica un rompimiento, transitorio o definitivo, con un ritmo y un modo de vida y unas relaciones rutinarias. Sin embargo, el grado en que estos aspectos afectan al individuo y a su familia, difiere de un paciente con una afección menor o controlable en consulta externa y un paciente que requiera hospitalización por una condición crítica o una complicación de una enfermedad crónica. El tipo de enfermedad, en ese sentido, determina diferentes niveles de estrés personal y familiar, diferentes ansiedades, retos, exigencias de adaptación y pérdidas secundarias. De igual manera determinará diferentes tipos de tratamiento y diferentes formas de relación con el equipo terapéutico. Esta variable también incide en el significado de la enfermedad para cada persona. ⁽²²⁾

Tipos de soporte emocional:

- **Soporte emocional afectivo.**

Es el denominado "soporte emocional". Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de soporte más importantes. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece soporte, se tiende a conceptualizar en torno al soporte emocional.

- **Soporte emocional informativo.**

El "soporte informativo" se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. (21)

Aspectos psicosociales en la práctica de enfermería

A pesar de que síntomas como la ansiedad, el miedo y la depresión sean evidentes y prevalentes, muchos pacientes tienden a permanecer sin el diagnóstico del equipo profesional. Esto debido, en parte, a la dicotomía mente-cuerpo, así como al mecanismo de negación del equipo. No se puede cuidar de un cuerpo sin emociones, sentimientos y pensamientos, así como no se puede tratar de emociones, sentimientos y pensamientos sin un cuerpo. Siendo así, en cuanto a la dinámica del funcionamiento institucional, los reglamentos relativos a horarios de visitas, permanencia del acompañante en el cuarto entre otros, deben ser flexibles; las informaciones dadas por los profesionales respecto al estado de salud del enfermo deben, en lo posible, ser fieles y los profesionales deben, aún, facilitar el acceso de la familia y del enfermo a los recursos humanos de religiosos, abogados, parientes distantes, necesarios para la manutención o modificación de sus opciones de vida.

Los pacientes con ansiedad asociada a síntomas físicos como dolor, disnea, necesitan sobre todo el alivio del sufrimiento físico. Es importante que los profesionales mantengan una actitud positiva, amigable y profesional, independiente de sus problemas y

preocupaciones personales. Conviene tener presente que los pacientes pierden totalmente la confianza y se tornan ansiosos, cuando el profesional revela falta de compromiso o incompetencia". (33)

2.4 Definición de términos básicos

- **Cuidado de Enfermería:**

Según Calixta Roy es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. (4)

- **Atención integral**

Atención integral "es aquella que se logra cuando, a la hora de planificar servicios o programas dirigidos a personas con necesidades de apoyo, contemplan de manera holística todos los ámbitos que nos constituyen como personas y las necesidades anejas a los mismos: los relacionados con el cuerpo, funcionamiento psicológico, los que afectan al campo social y los que atañen al entorno medioambiental en el que nos desenvolvemos". (36 p31)

- **La cognición**

Es la facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido (experiencia) y características subjetivas que permiten valorar la información. Consiste en procesos tales como el aprendizaje, el razonamiento, la atención, la memoria, la resolución de problemas, la toma de decisiones, los sentimientos. (37)

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis:

Hipótesis general:

Existe relación directa entre el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura. 2019.

Hipótesis Específicas

- El soporte emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados es bajo.
- El afrontamiento que tienen los pacientes politraumatizados es deficiente.

3.2. Definición de variables

Variable 1

Soporte emocional brindado por el profesional de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura.

Variable 2

Afrontamiento de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura.

3.3. Operacionalización de variable

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	ÍTEMS de instrumentos (preguntas)	Valor final	Escala de medición
Variable1: Soporte emocional	Capacidad de hacerle sentir al usuario querido, escuchado, útil y poder proporcionarle cierto "bienestar".	Emocional afectivo	Interacción	1	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Regular • Bajo 	Nominal
			Interés	5, 8, 9, 14		
			Confianza	10, 13		
			Apoyo	11		
			Religión	12		
			Empatía	17		
		Emocional informativo	Exteriorizar preocupaciones	2		
			Educación	3, 4, 6		
			Competencia personal	7, 15, 16		
Variable 2: Afrontamiento del paciente politraumatizado.	Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas.	Afrontamiento activo	Planificación	2, 7, 14	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Regular • Deficiente 	Nominal
			Apoyo	5, 10, 15,		
			Reinterpretación positiva	12, 17		
			Aceptación	19, 22, 23		
			Humor	26		
		Afrontamiento negativo	Autodistracción	1, 18		
			Negación	3, 8		
			Descarga emocional	9, 20		
			Autocritica	13, 24		
			Renuncia	6, 16		
			Religión	21, 25		
					Nominal	

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y diseño de la investigación

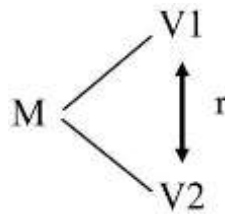
4.1.1. Tipo de la investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo aplicada, de enfoque cuantitativo, porque permitió examinar los datos de manera científica y fueron susceptibles a medida.

4.1.2. Diseño de la investigación

Diseño descriptivo, correlacional, de corte transversal.

Cuyo esquema es el siguiente:



M = muestra

V₁ = Soporte emocional

V₂ = Afrontamiento

R = Relación.

4.2. Método de investigación

Los principales métodos que se utilizaron en la investigación fueron:

Análisis: Permite la división mental del todo en sus múltiples relaciones y componentes.

Síntesis: El análisis de los resultados obtenidos previamente permitió la sistematización del conocimiento.

Deductivo: Las respuestas de los pacientes politraumatizados permitieron pasar de un conocimiento general a otro de menor nivel de generalidad.

Inductivo: Este método nos permitió a través del razonamiento pasar del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general que refleja lo que hay de común entre ambas variables.

Estadístico: Este método nos permitió determinar la muestra de sujetos a estudiar, tabular los datos obtenidos y establecer las generalizaciones apropiadas a partir de ellos, los más importantes son: los descriptivos e inferenciales.

La estadística descriptiva permitió organizar y clasificar los indicadores cuantitativos obtenidos en la medición, revelándose a través de ellos las propiedades. Se organizó la información mediante tablas de distribución de frecuencias, gráficos, además se pudo establecer la relación entre las variables en estudio a través de estadístico de correlación de Spearman.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

La población estuvo constituida por 50 pacientes politraumatizados que han sido atendidos en los meses de enero a marzo del 2019 en el servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura.

4.3.2. Muestra

La muestra se obtuvo por la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo la muestra 30 pacientes politraumatizados que se encontraron en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2 durante el primer trimestre del año 2019, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

4.3.3. Criterios de inclusión

- Paciente con diagnóstico de politraumatizados con edades comprendidas entre los 18 y 65 años.
- Pacientes politraumatizados que ingresaron al Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2, durante el periodo enero-marzo 2019.
- Pacientes politraumatizados que se mantengan estables al momento de la entrevista.
- Pacientes que deseen participar en forma voluntaria, previo consentimiento informado.

4.3.4. Criterios de exclusión

- Pacientes politraumatizados con alteración de la conciencia y/o del habla y auditivas.
- Pacientes politraumatizados con comorbilidad asociada.
- Pacientes que no deseen participar del estudio.

4.4. Lugar de estudio y periodo desarrollado

Para la ejecución del trabajo de investigación se solicitó la autorización correspondiente a la dirección del Hospital Santa Rosa II -2, Piura. Así como a la jefatura del servicio de emergencia para la aplicación de los instrumentos.

La recolección de datos se realizó en 3 meses, 2 veces por semana martes y jueves en horas de la mañana.

Se contactó al paciente en el área de observación donde se explicó sobre el estudio y sus beneficios haciéndole entrega del consentimiento informado.

Una vez firmado el consentimiento se aplicó la encuesta y los cuestionarios de entrevista (soporte emocional y afrontamiento) en un tiempo de aproximadamente 15 minutos.

Posterior a la recolección de datos se procedió a la tabulación y análisis de los resultados.

4.5. Técnica e instrumento para la recolección de la información

La técnica de recolección de datos que se utilizó para medir tanto la variable independiente (soporte emocional) y dependiente (afrentamiento) en el presente estudio fue la Entrevista.

Para cumplir con los objetivos del estudio se aplicó tres cuestionarios, uno de ellos con preguntas cerradas y los otros dos estructurados en escalas de Likert, ambos con cuatro alternativas de respuesta que van desde la opción nunca, a veces, casi siempre y siempre, a las que se les asignó los valores 1, 2, 3 y 4.

El análisis se realizará en base a la percepción promedio en primer lugar por cada dimensión de la variable y luego por la variable en general.

Luego a los promedios resultantes se les asignará los niveles de **bajo o deficiente** (menor o igual a 2 puntos), **regular** (mayor de 2 y menor o igual a 3 puntos) y **alto o bueno** (mayor de 3 puntos).

- **Cuestionario de entrevista: Características generales de los pacientes Politraumatizados.**

El instrumento ha sido elaborado para describir las características demográficas (sexo y grupo etario) y sociales (estado civil y religión) de la población en estudio.

Variable 1: Soporte emocional brindado por el profesional de Enfermería

- **Cuestionario de entrevista: Soporte emocional.**

El instrumento para soporte emocional ha sido elaborado teniendo en cuenta los aspectos tomados por Aguilar Hernández Elia y Calderón Martínez Silvia (Veracruz). El cuestionario que consta de 17 ítems el cual evalúa el Soporte emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes en dos tipos de Soporte emocional (afectivo e informativo).

Elaboración, validez y confiabilidad del instrumento.

Validez: El instrumento ya fue validado por Aguilar

Hernández Elia y Calderón Martínez Silvia (Veracruz).

Confiabilidad: El criterio de confiabilidad del instrumento, se determinó por el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.87.

Variable 2: Afrontamiento del paciente politraumatizado

- **Cuestionario de entrevista: Afrontamiento.**

El instrumento para **Afrontamiento** ha sido elaborado teniendo en cuenta los aspectos tomados por Sandra Paola Vargas en Bogotá (Colombia), consta de 28 ítems el cual evalúa 14 estrategias de afrontamiento en dos tipos de afrontamiento (activo y pasivo), Elaboración, validez y confiabilidad del instrumento.

Validez: El instrumento ya fue validado por Sandra Paola Vargas en Bogotá (Colombia).

Confiabilidad: Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,698, el cual se considera adecuado por ser similar al obtenido en la versión en inglés del BCI.

4.6. Análisis y procesamiento de datos

El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el proceso siguiente:

Seriación: Se asignó un número de serie, correlativo a cada encuentro (cuestionario), lo que permitió tener un mejor tratamiento y control de los mismos.

Codificación: Se elaboró un libro de códigos, donde se asigna un código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.

Tabulación: Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo, se realizó la tabulación extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y de doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje.

Graficación: Una vez tabulados los instrumentos se procesó la información en una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 25.0, presentando mediante tablas y gráficos, todo esto sirvió para llevar los resultados al análisis e interpretación de los mismos.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variables de investigación; de manera tal que podamos contrastar las hipótesis, y así demostrar la validez o invalidez de estas. Formulando conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada.

Para el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, se utilizó tablas y gráficos de frecuencia relativa simple.

CAPITULO V RESULTADOS

5.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

5.1.1. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS.

TABLA 1: Descripción de las características demográficas de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Características demográficas	N = 30	
	N°	%
Sexo		
Femenino	7	23
Masculino	23	77
Grupo etario		
Jóvenes	17	57
Adultos	11	37
Adultos mayores	2	6

Fuente. Cuestionario de entrevista: Características generales de los pacientes politraumatizados (Anexo 02)

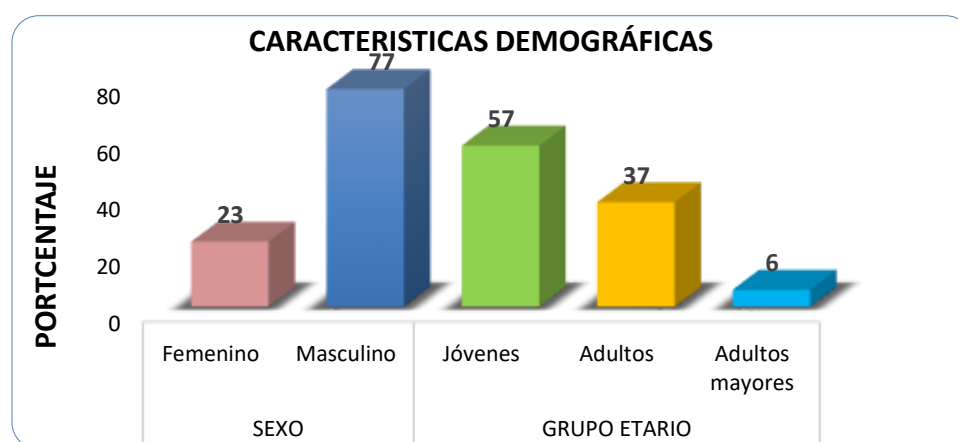


GRÁFICO 1: Representación gráfica de las características demográficas de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 1, que describe las características demográficas de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, se tiene que, 77% (23) son de sexo masculino y 23% (7) son femenino. En cuanto al grupo etario, 57% (17) son jóvenes, 37% (11) adultos y 6% (02) adultos mayores.

TABLA 2: Descripción de las características sociales de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Características sociales	N = 30	
	N°	%
Estado civil		
Soltero	14	47
Conviviente	9	30
Casado	5	17
Viudo	2	6
Religión		
Católica	21	70
Evangélica	9	30

Fuente. Cuestionario de entrevista: Características generales de los pacientes politraumatizados (Anexo 02)

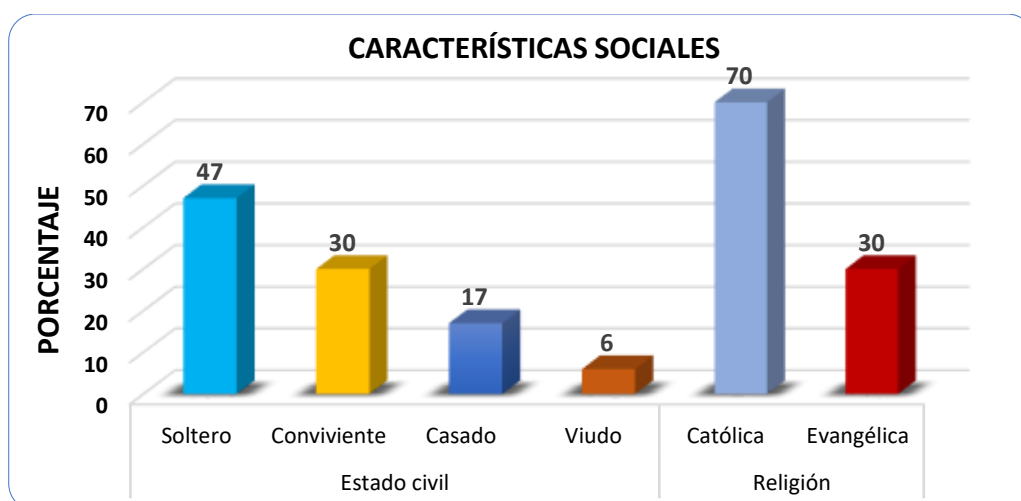


GRÁFICO 2: Representación gráfica de las características sociales de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 2, que describe las características sociales de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, se tiene que, 47% (14) son solteros, 30% (9) son convivientes, 17% (5) son casados y 6% (2) son viudos. En cuanto a la religión que profesan, 70% (21) son católicos y 30% (9) son evangélicos.

5.1.2. DESCRIPCIÓN DEL SOPORTE EMOCIONAL BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.

TABLA 3: Descripción del soporte emocional afectivo, según sus indicadores que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Soporte emocional afectivo	N = 30					
	Bajo		Regular		Alto	
	N°	%	N°	%	N°	%
Interacción	0	0	5	17	25	83
Interés	1	3	11	37	18	60
Confianza		10	12	40	15	50
Apoyo	6	20	1	3	23	77
Religión	0	0	0	0	30	100
Empatía	14	46	8	27	8	27

Fuente. Cuestionario de entrevista: Soporte emocional (Anexo 02)

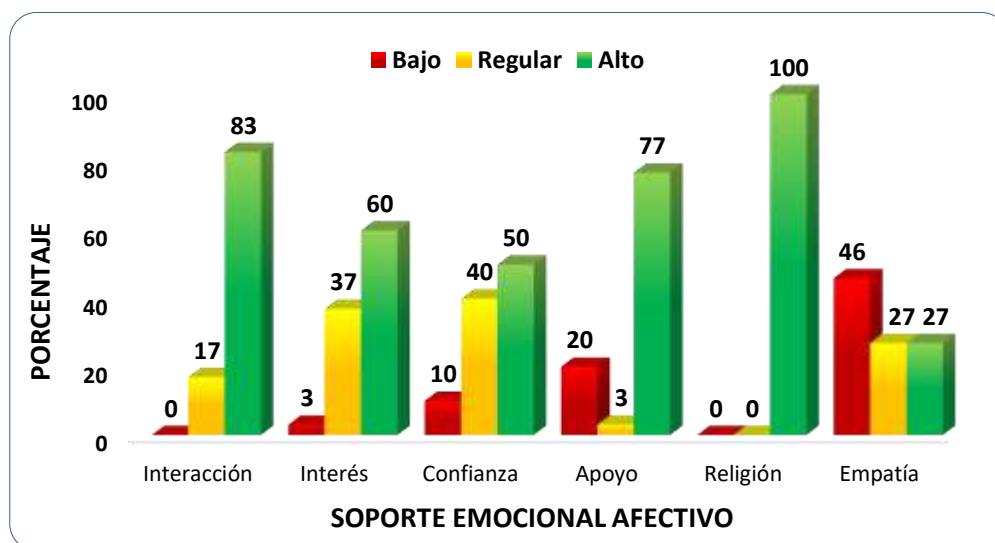


GRÁFICO 3: Representación gráfica del soporte emocional afectivo, según sus indicadores que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 3, que describe el soporte emocional afectivo, según sus indicadores que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-

2. Piura, en el 2019, se tiene que para el indicador interacción, 83% (25) es alto y 17% (5) es regular; así mismo para el indicador interés, 60% (18) es alto, 37%(11) es regular y 3% (1) es bajo; del mismo modo para el indicador confianza, 50% (15) es alto, 40% (12) es regular y 10% (1) es bajo; para el indicador apoyo, 77% (23) es alto, 3% (1) es regular y 20% (6) es bajo; para el indicador religión, 100% (30) es alto y finalmente para el indicador empatía, 27% (8) es alto, 27% (8) es bajo y 46% (14) es bajo.

TABLA 4: Descripción del soporte emocional afectivo que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Soporte emocional afectivo que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados	N = 30	
	N°	%
Alto	21	70
Regular	9	30
Bajo	0	0
TOTAL	30	100,0

Fuente. Cuestionario de entrevista: Soporte emocional (Anexo 02)

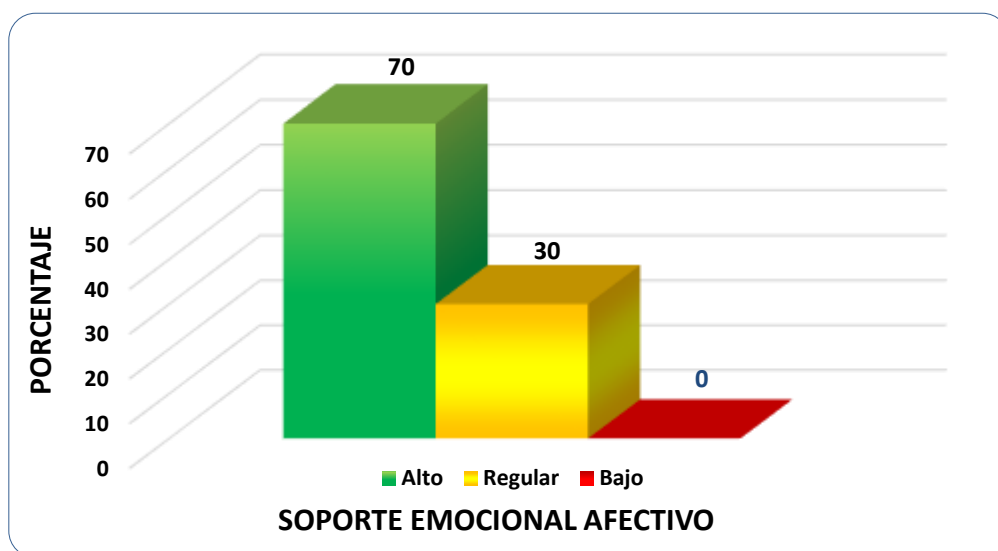


GRÁFICO 4: Representación gráfica del soporte emocional afectivo que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 4, que describe el soporte emocional afectivo que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, se tiene que, 70% (21) es alto y 30% (9) es regular. Nótese que prevalece alto soporte emocional afectivo.

TABLA 5: Descripción del soporte emocional informativo, según sus indicadores que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Soporte emocional informativo	N = 30					
	Bajo		Regular		Alto	
	N°	%	N°	%	N°	%
Exteriorizar preocupaciones	4	13	11	37	15	50
Educación	4	13	11	37	15	50
Competencia personal	9	30	4	13	17	57

Fuente. Cuestionario de entrevista: Soporte emocional (Anexo 02)

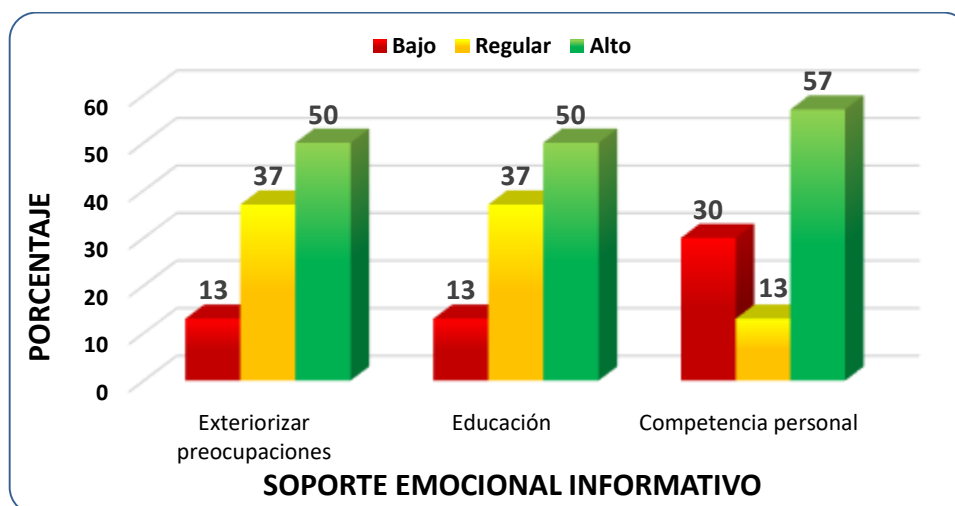


GRÁFICO 5: Representación gráfica del soporte emocional informativo, según sus indicadores que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 5, que describe el soporte emocional informativo, según sus indicadores que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, se tiene que para el indicador exteriorizar preocupaciones, 50% (15) es alto, 37% (11) es regular y 13% (4) es bajo, así mismo para el indicador educación, 50% (15) es alto, 37% (11) es regular y 13% (4) es bajo; finalmente para el indicador competencia personal, 57% (17) es alto, 13% (4) es regular y 30% (9) es bajo.

TABLA 6: Descripción del soporte emocional informativo que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Soporte emocional informativo que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados	N = 30	
	N°	%
Alto	14	47
Regular	16	53
Bajo	0	0
TOTAL	30	100

Fuente. Cuestionario de entrevista: Soporte emocional (Anexo 02)

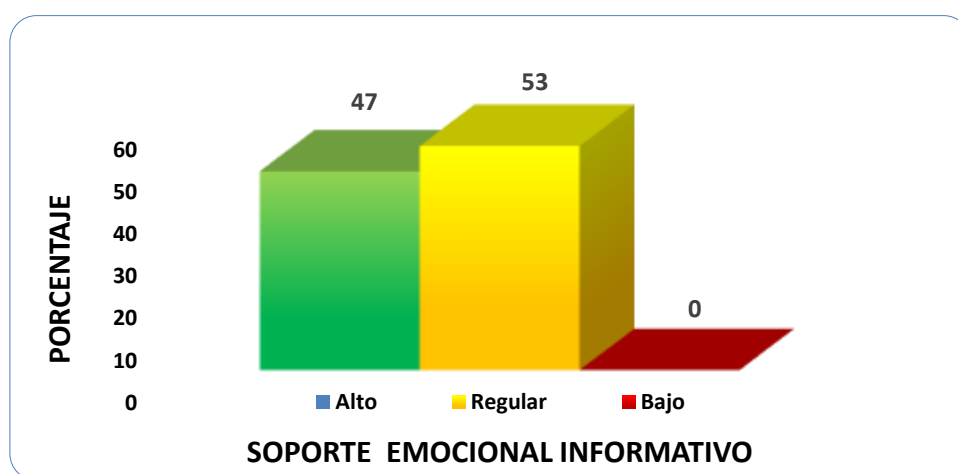


GRÁFICO 6: Representación gráfica del soporte emocional informativo que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 6, que describe el soporte emocional informativo que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, se tiene que, 47% (14) es alto y 53% (16) es regular. Nótese que prevalece regular soporte emocional informativo.

TABLA 7: Descripción del soporte emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Soporte emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados	N = 30							
	Alto		Regular		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soporte emocional afectivo	21	70	9	30	0	0	30	100
Soporte emocional informativo	14	47	16	53	0	0	30	100
Soporte emocional	17	57	13	43	0	0	30	100

Fuente. Cuestionario de entrevista: Soporte emocional (Anexo 02)

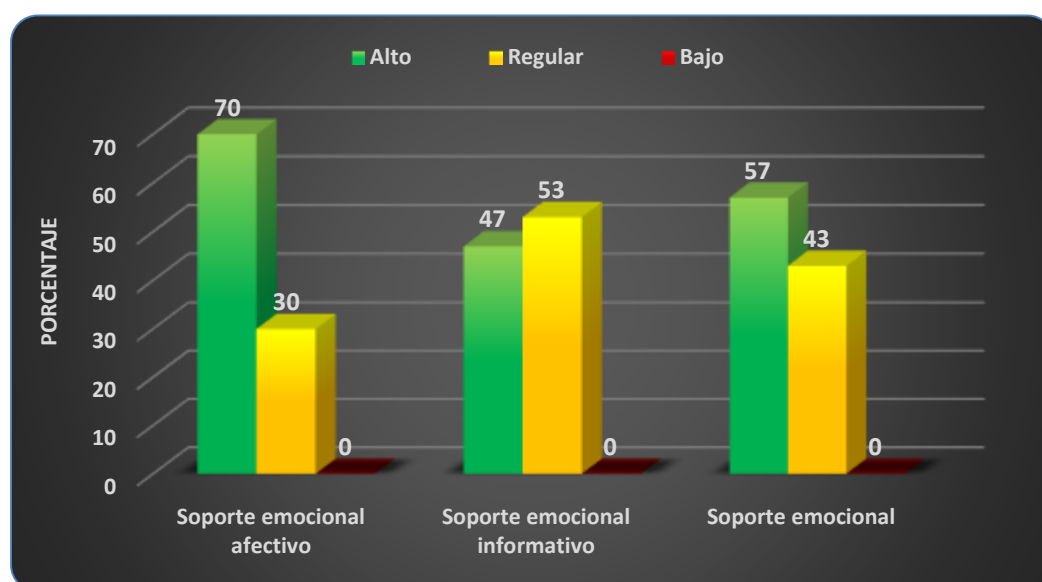


GRÁFICO 7: Representación gráfica del soporte emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 7, que describe el soporte emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, se tiene que, 70% (21) es alto soporte emocional afectivo, 47% (14) es alto soporte emocional informativo. Prevalece el alto soporte emocional afectivo; mientras que, 30% (9) presentan regular soporte emocional afectivo, 53% (16) presentan regular soporte emocional informativo. Prevalenciando el

regular soporte emocional informativo, finalmente el soporte emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados, 57% (17) es alto y 43% (13) es regular. Nótese que prevalece alto soporte emocional.

5.1.3. DESCRIPCIÓN DEL AFRONTAMIENTO QUE PRESENTARON LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.

TABLA 8: Descripción del afrontamiento activo, según indicadores que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Afrontamiento activo	N = 30					
	Deficiente		Regular		Bueno	
	N°	%	N°	%	N°	%
Planificación	10	33	12	40	8	27
Apoyo	2	6	14	47	14	47
Reinterpretación positiva	5	17	12	40	13	43
Aceptación	6	20	11	37	13	43
Humor	1	3	15	50	14	47

Fuente. Cuestionario de entrevista: Afrontamiento (Anexo 02)

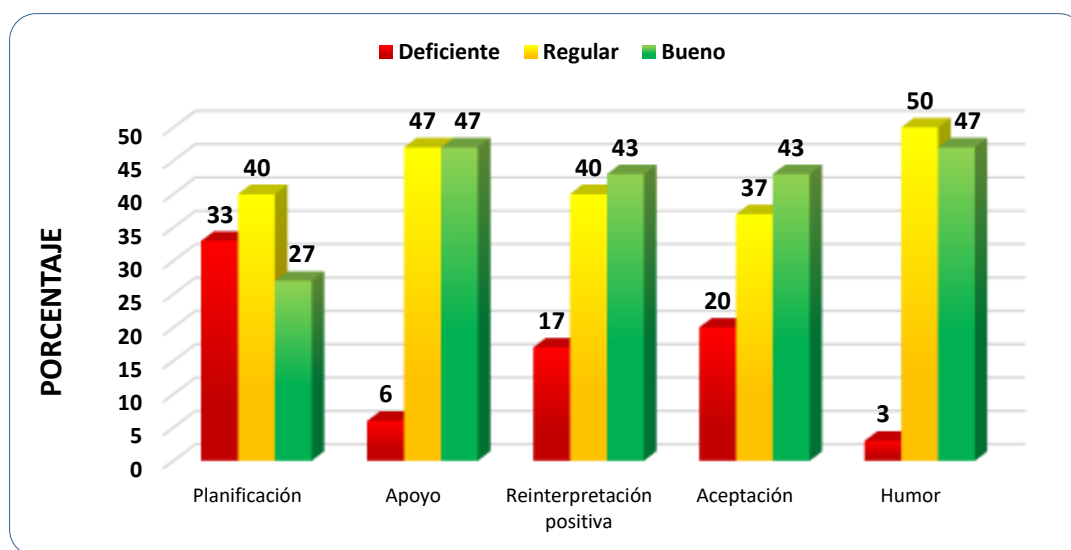


GRÁFICO 8: Representación gráfica del afrontamiento activo, según indicadores que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 8, que describe el afrontamiento activo, según indicadores que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, se tiene que para el indicador planificación, 27% (08) es bueno, 40% (12) es regular y

33% (10) es deficiente; así mismo para el indicador apoyo, 47% (14) es bueno, 47%(14) es regular y 6% (2) es deficiente; del mismo modo para el indicador reinterpretación positiva, 43% (13) es bueno, 40% (12) es regular y 17% (5) es deficiente; para el indicador aceptación, 43% (13) es bueno, 37%(11) es regular y 20% (6) es deficiente; finalmente para el indicador humor, 47% (14) es bueno, 50%(15) es regular y 3% (1) es deficiente.

TABLA 9: Descripción del afrontamiento activo que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Afrontamiento activo que presentaron los pacientes politraumatizados	N = 30	
	N°	%
Bueno	13	43
Regular	15	50
Deficiente	2	7
TOTAL	30	100

Fuente. Cuestionario de entrevista: Afrontamiento (Anexo 02)

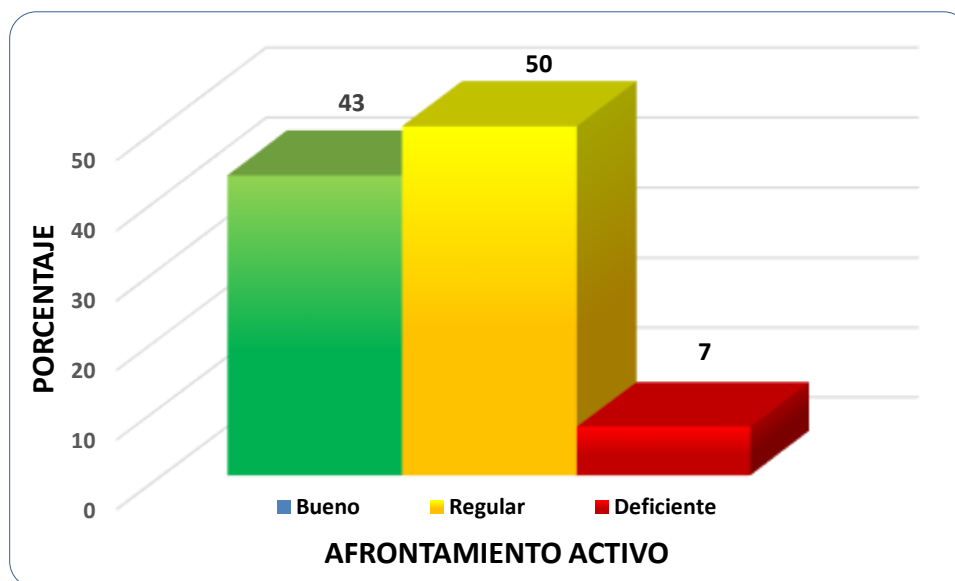


GRÁFICO 9: Representación gráfica del afrontamiento activo, según indicadores que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 9, que describe el afrontamiento activo que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, se tiene que, 43% (13) es bueno, 50% (15) es regular y 7% (2) es deficiente. Prevalciendo el afrontamiento activo de nivel regular.

TABLA 10: Descripción del afrontamiento pasivo, según indicadores que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Afrontamiento pasivo	N = 30					
	Deficiente		Regular		Bueno	
	N°	%	N°	%	N°	%
Autodistracción	19	63	10	33	1	4
Negación	6	20	7	23	17	57
Descarga emocional	8	27	14	46	8	27
Autocrítica	14	47	7	23	9	30
Renuncia	16	53	11	37	3	10
Religión	7	23	11	37	12	40

Fuente. Cuestionario de entrevista: Afrontamiento (Anexo 02)

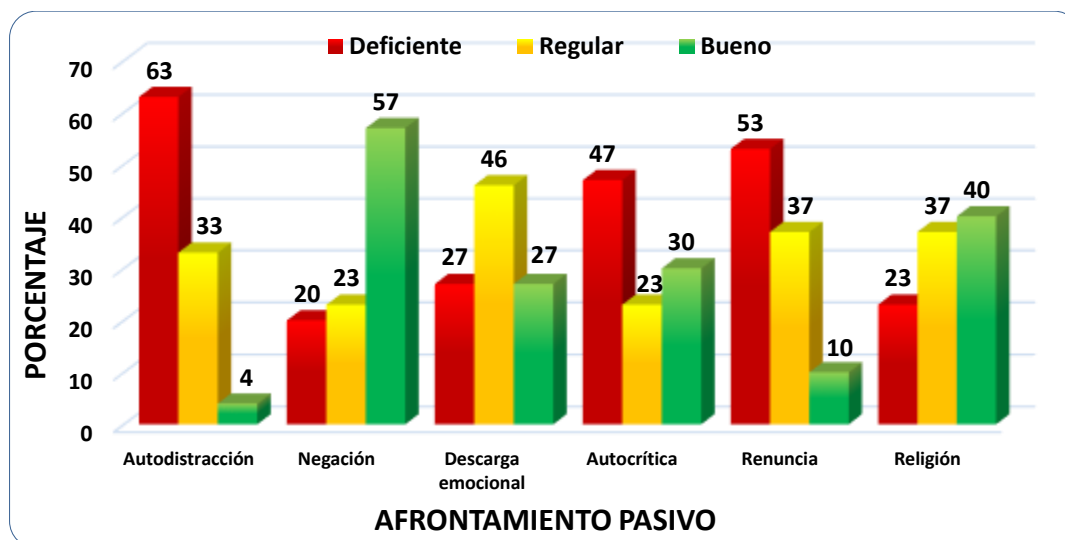


GRÁFICO 10: Representación gráfica del afrontamiento pasivo, según indicadores que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 10, que describe el afrontamiento pasivo, según indicadores que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, se tiene que para el indicador autodistracción, 4% (1) es bueno, 33% (10) es regular y 63% (19) es deficiente; así mismo para el indicador negación, 57% (17) es bueno, 23% (7) es regular y 20% (6) es deficiente; del mismo modo para el indicador descarga emocional, 27% (8) es bueno, 46% (14) es regular y

27% (8) es deficiente; para el indicador autocrítica, 30% (9) es bueno, 23%(7) es regular y 47% (14) es deficiente; para el indicador renuncia, 10% (3) es bueno, 37%(11) es regular y 53% (16) es deficiente; finalmente para el indicador religión, 40% (12) es bueno, 37%(11) es regular y 23% (7) es deficiente.

TABLA 11: Descripción del afrontamiento pasivo que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Afrontamiento pasivo que presentaron los pacientes politraumatizados	N = 30	
	N°	%
Bueno	7	23
Regular	9	30
Deficiente	14	47
TOTAL	30	100

Fuente. Cuestionario de entrevista: Afrontamiento (Anexo 02)

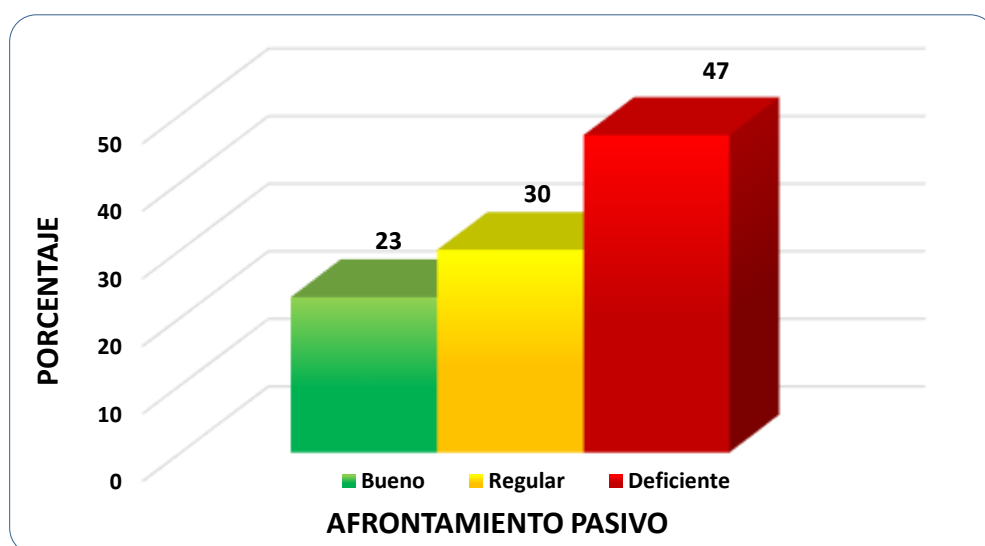


GRÁFICO 11: Representación gráfica del afrontamiento pasivo que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 11, que describe el afrontamiento pasivo que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, se tiene que, 23% (7) es bueno, 30% (9) es regular y 47% (14) es deficiente. Prevalciendo el afrontamiento activo de nivel deficiente.

TABLA 12: Descripción del afrontamiento que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Afrontamiento activo que presentaron los pacientes politraumatizados	N = 30							
	Bueno		Regular		Deficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Afrontamiento activo	13	43	15	50	2	7	30	100
Afrontamiento pasivo	7	23	9	30	14	47	30	100
Afrontamiento	8	27	15	50	7	23	30	100

Fuente. Cuestionario de entrevista: Afrontamiento (Anexo 02)

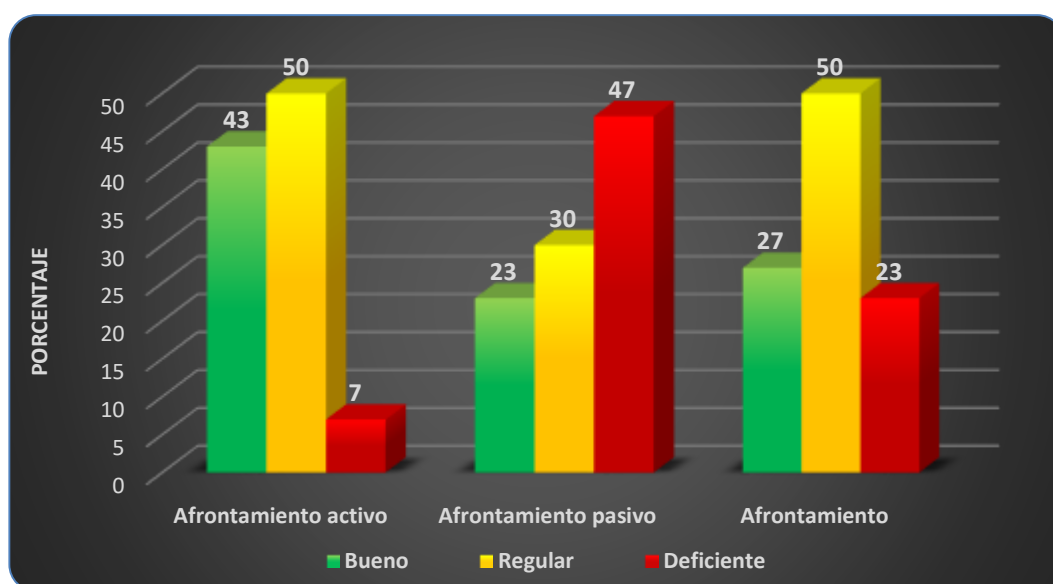


GRÁFICO 12: Representación gráfica del afrontamiento, que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 12, que describe el afrontamiento que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, se tiene que, se tiene que, 43% (13) presenta buen afrontamiento activo, 23% (3) es buen afrontamiento pasivo. Prevalece el buen afrontamiento activo; mientras que, 50% (15) presentan regular afrontamiento activo, 30% (09) presentan regular afrontamiento pasivo. Prevaliendo el regular afrontamiento activo, así mismo, 7% (2) presentan deficiente afrontamiento activo, 47% (14) presentan deficiente

afrontamiento. Prevalciendo el regular afrontamiento activo, finalmente el afrontamiento que presentaron los pacientes politraumatizados, 27% (8) es bueno, 50% (15) es regular y 23% (7) es deficiente. Prevalciendo el afrontamiento de nivel regular.

5.1. RESULTADOS INFERENCIALES

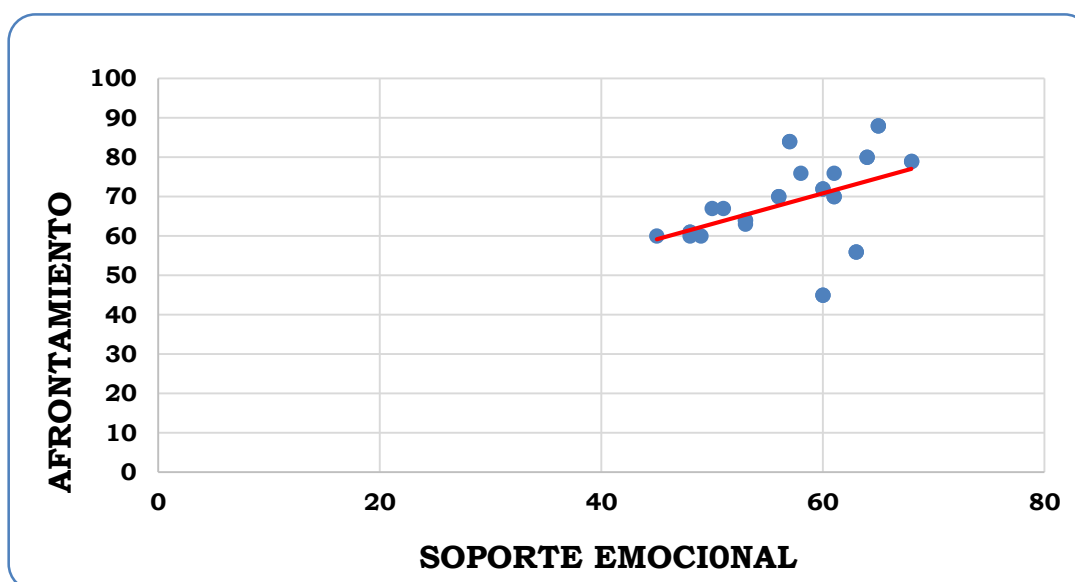
TABLA 13: Correlación entre el apoyo emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento en el paciente politraumatizado del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Correlación entre soporte emocional y afrontamiento		N=30		
		Afrontamiento activo	Afrontamiento pasivo	Afrontamiento
Soporte emocional afectivo	r	,442*	,618**	,583**
	sig.	,015	,000	,001
	N	30	30	30
Soporte emocional informativo	r	,264	,371*	,333
	sig.	,159	,044	,072
	N	30	30	30
Soporte emocional	r	,386*	,581**	,523**
	sig.	,035	,001	,003
	N	30	30	30

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Rho Spearman = 0,523 $p < 0,05$



GRÁFICA 13: Representación gráfica de la correlación entre el apoyo emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento en el paciente politraumatizado del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, 2019.

Interpretación

En la tabla y gráfico 13, que describe la correlación entre el apoyo emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento del paciente politraumatizado del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, sometidos los resultados a la prueba de correlación de Spearman, se evidencio relación directa y significativa entre el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento del paciente politraumatizado del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2 de Piura ($Rho = 0,523$ y $p < 0,05$), además se puede observar que es una relación directamente proporcional, a mayor soporte emocional brindado por el profesional de enfermería, mejor será el afrontamiento de los pacientes politraumatizados.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de la hipótesis

El soporte emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados es alto.

En la tabla y gráfico 7, que describe el soporte emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el periodo enero – marzo del 2019, se tiene que, 57% (17) es alto y 43% (13) es regular. Nótese que prevalece alto soporte emocional.

El servicio de emergencia es un área donde se ofrece tratamiento inicial a pacientes con un amplio espectro de enfermedades y lesiones, las cuales requieren atención inmediata, por ser potencialmente mortales; y que por lo general siempre son de alta afluencia de pacientes. Los resultados dejan claro que si existe soporte emocional brindado por el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa, donde se brindan cuidados con enfoque holístico, brindando un soporte emocional alto, siendo el soporte emocional afectivo de mayor porcentaje, no obstante el soporte emocional informativo no dista mucha diferencia, lo que se interpretaría que valorando la importancia de la interacción enfermero – paciente, brindado apoyo, mostrando interés por su recuperación y dando confianza para exteriorizar sus emociones; las actividades que más realiza el profesional de enfermería son: Llamar a los pacientes por sus nombres, animan a seguir adelante, muestras interés por los problemas físicos de los pacientes, así como de sus necesidades emocionales que le ocasionan la enfermedad y el tratamiento. Los pacientes refieren que el profesional de enfermería le inspira confianza y que conversa conmigo acerca de Dios, sin embargo, hay un grupo de profesionales de enfermería que no muestra empatía en el trato a los pacientes; Los resultados también nos indican un soporte emocional informativo es regular, dentro de las actividades de

apoyo emocional informativo que más realiza son: que el personal de enfermería orienta sobre la dieta y las actividades que debe realizar el paciente, informa como debe cuidarse para no sentirse mal e informa a la familia para que sea el soporte emocional, también brinda la oportunidad de expresar temores y preocupaciones sobre su enfermedad y tratamiento. Tal como se apreció en los resultados del estudio, el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería es alto, esto quizá esté relacionado a que el Hospital Santa Rosa es un centro asistencial docente, donde muchos de los profesionales de enfermería ejercen la función docente, es por ello que el paciente se ve favorecido en el cuidado holístico, que forma parte práctica, de la enseñanza y que es la base del cuidado humanizado.

El afrontamiento que tienen los pacientes politraumatizados es bueno.

En la tabla y gráfico 12, que describe el afrontamiento que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, se tiene que, 27% (8) es bueno, 50% (15) es regular y 23% (7) es deficiente. Prevalciendo el afrontamiento de nivel regular.

Los resultados nos indican que, el afrontamiento que presentan los pacientes politraumatizados es de nivel regular siendo el afrontamiento activo el de mayor puntaje, ya que el paciente se siente apoyado y busca apoyo en otras personas, toma la situación difícil con humor, toma las cosas con positivismo y aprende de las situaciones difíciles y acepta la situación que le tocó vivir. En cuanto al afrontamiento pasivo que presentan los pacientes politraumatizados, las actividades que más realizan con mayor frecuencia son: la negación, pensando que la situación no es real y se niegan a creer lo que les está sucediendo; la religión, tratando de encontrar consuelo en la religión o una creencia espiritual, rezando o meditando, algunos pacientes se autocritican, culpándose por lo que les pasa y otros descargan emocionalmente, diciendo lo que siente y expresando sus sentimiento o disgustos por

alguna situación.

Estos resultados quizá guarden relación con el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería, también pueden estar influenciados por la edad de los pacientes donde la mayoría son jóvenes y adultos, que son los que generalmente tienen una mayor fortaleza física y mental.

Para la hipótesis general:

Existe relación directa entre el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento emocional de los pacientes politraumatizados del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura. 2019.

En la tabla y gráfico 13, que describe la correlación entre el apoyo emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento del paciente politraumatizado del Servicio De Emergencia Del Hospital Santa Rosa II-2. Piura, en el 2019, la prueba de correlación de Spearman nos arrojó significancia estadística ($Rho = 0,523$ y $p < 0,05$), por lo que se concluye que existe relación positiva y significativa entre el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento del paciente politraumatizado del servicio de emergencia del hospital Santa Rosa II-2. Piura.

Es por ello, que la mayoría de los pacientes politraumatizados se evidencian un afrontamiento regular, lo que significa que está directamente relacionado con el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería, esto quiere decir que, a mayor soporte emocional, mejor afrontamiento de los pacientes y viceversa. Esto demuestra el papel importante que juega el soporte emocional en la evolución de la enfermedad, permitiendo que el paciente tenga mejor afrontamiento, favoreciendo el proceso de recuperación, disminuyendo la prolongada estancia hospitalaria y la pronta reinserción a la sociedad.

6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares

La prueba Rho de Spearman que determina la correlación entre variables, nos arrojó significancia estadística ($Rho = 0,523$ y $p < 0,05$), lo que indica que existe relación positiva y significativa entre el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento del paciente politraumatizado del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. Piura; estos resultados coinciden con los estudios de:

Maturana y Miranda (2014) quienes realizaron la investigación titulada “Apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería y el afrontamiento de los padres de los pacientes pediátricos post operados con cardiopatía congénita INCOR. 2014”; teniendo como resultados, 27% de los padres recibieron apoyo emocional favorable, el 43% de los padres recibieron apoyo de tipo emocional desfavorable y el afrontamiento es desfavorable. Se usó el estadístico del Chi cuadrado, las variables tuvieron una relación significativa $p = 0,009$; esto indica que mientras más apoyo emocional brinda la enfermera mayor será el afrontamiento de los padres de los pacientes pediátricos cardiopatas. ⁽¹⁸⁾

Ávila Martín I.; Sarmiento P. y Muñoz de Rodríguez L. (2015), en su trabajo de investigación “Evolución del proceso de afrontamiento y adaptación en adultos hospitalizados que experimentaron un trauma músculo esquelético por accidentes de tránsito. Colombia. 2015”. Los resultados muestran para ocho de los once casos una tendencia a mantenerse en nivel alto de afrontamiento o a pasar de nivel medio a alto desde el ingreso hasta el egreso hospitalario. La mayoría de los casos tuvo un proceso de afrontamiento y adaptación dirigido al problema, donde se encontró interés por resolver dudas relacionadas con la situación antes de actuar, utilización de experiencias pasadas consideradas como útiles, adopción de nuevas habilidades para afrontar las situaciones difíciles y el uso de soluciones alternativas y recursos. ⁽¹⁵⁾

Carreón Muñoz R., García Alonzo I. y Samaniego Garay RA. (2015). En su investigación titulada “Relación entre apoyo social y afrontamiento en

pacientes con diabetes mellitus de Jalpa, zacateca. México, 2015”. Cuyos resultados encontraron altos índices de apoyo social percibido, así como relaciones significativas entre los cuatro factores de apoyo social con factores de afrontamiento, denominados focalización en la solución del problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo. ⁽¹⁶⁾

Bautista Rodríguez LM., Arias Velandia MF., y Carreño Leiva ZO. (2016). Realizó el estudio titulado “Percepción de los familiares del paciente crítico internado en relación a la comunicación y apoyo emocional”. Colombia, 2016. Teniendo como resultados que la percepción global de los familiares, es favorable en un 80% expresando una connotación positiva; los mismos que ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como un ser holístico, donde el cuidado brindado estuvo caracterizado por comportamientos como: la empatía, la comunicación efectiva, el afecto y el tacto. ⁽¹⁷⁾

Chilin Rojas (2017), realizaron la investigación titulada “Comunicación y apoyo emocional de enfermería en la percepción del familiar del paciente crítico internado en el Hospital Naval - 2017”, aplicando el estadístico de prueba Rho de Spearman, determinando que existe una relación positiva y significativa entre la Comunicación y apoyo emocional de enfermería en percepción del familiar del paciente crítico internado en el Hospital Naval - 2017, con un nivel de significancia $p = 0.000 < 0.05$ y $\rho = 0.822$. ⁽²⁰⁾

Columbus Villalta (2017), en el estudio sobre el Apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería y el afrontamiento de los pacientes con cáncer de mama de 30 a 50 años de la Unidad de Quimioterapia de la Clínica Oncosalud. Lima; cuyo resultado fue, que existe relación directa entre el apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería y el afrontamiento de las pacientes con cáncer de mama; el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería es bajo y se refleja en la carencia de apoyo efectivo reflejado en el 75% y en el escaso apoyo emocional informativo, según lo que indica el 70%, el afrontamiento que tienen los

pacientes con cáncer de mama es regular, según la respuesta del 62.5%; este nivel se manifiesta también en lo relacionado al afrontamiento pasivo y al afrontamiento activo, de acuerdo a lo manifestado por el 52.5% y 67.5% de pacientes respectivamente.⁽²¹⁾

6.3. Responsabilidad ética

Para la realización de la presente investigación, se tuvo como base los cuatro principios básicos de la bioética.

- **Principio de autonomía:** Se respetó este principio, ya que los pacientes después de explicarles en qué consistía la investigación decidieron participar de manera voluntaria, firmando el consentimiento informado y teniendo en claro que podrán retirarse de la investigación en el momento que lo deseen.
- **Principio de beneficencia:** Este principio se respetó a cabalidad ya que el propósito final de la investigación es beneficiar directamente al paciente politraumatizado a través de cuidado holístico, humanizado, donde el profesional de enfermería le dé un papel protagónico al soporte emocional como parte del proceso de atención de Enfermería.
- **No Maleficencia:** Se respetó este principio, porque no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos, ni el bienestar de los pacientes.
- **La justicia:** Teniendo en cuenta este principio, en la realización de esta investigación se brindó un trato respetuoso, justo y equitativos a todos los pacientes politraumatizados que colaboraron en este estudio antes, durante y después de su participación, respetando sus creencias y costumbres.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

1. En las características demográficas de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa. Piura, en el 2019, se tiene que, 77% (23) son de sexo masculino. En cuanto al grupo etareo, 57% (17) son jóvenes. (Tabla 1). Respecto a las características sociales de los pacientes politraumatizados del Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa. Piura, en el 2019, se tiene que, 47% (14) son solteros. En cuanto a la religión que profesan, 70% (21) son católicos. (Tabla 2).
2. El **soporte emocional** que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa. Piura, en el 2019, se tiene que, 57% (17) es alto (Tabla 7). Respecto al **soporte emocional afectivo** que brinda el profesional de enfermería a los pacientes fue alto en 70% (21). (Tabla 3). En lo referente al **soporte emocional informativo** que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados en estudio fue regular en 53% (16). (Tabla 4).
3. El **afrontamiento** que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa. Piura, en el 2019, 50% (15) es regular. (Tabla 12). Por otra parte, el **afrontamiento activo** que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa. Piura, en el 2019, se tiene que, 50% (15) es regular (Tabla 9). Respecto al **afrontamiento pasivo** que presentaron los pacientes politraumatizados en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa. Piura, en el 2019, 47% (14) es deficiente. (Tabla 11).
4. Existe relación significativa entre el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento del paciente politraumatizado, siendo directamente proporcional, a mayor soporte emocional, mejor afrontamiento y viceversa. (Tabla 13).

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda elaboración de un plan anual de capacitación, donde se recalque la importancia del soporte emocional, donde se fomente y se fortalezca la interrelación con el paciente, resolviendo todas sus dudas e inquietudes. Involucrar a los internos de enfermería en las capacitaciones continuas a profesional de enfermería por áreas de trabajo, así como las capacitaciones a los pacientes y familia sobre los cuidados de salud a tener en cuenta.
2. Fortalecer trabajo multidisciplinario, donde el profesional de psicología tenga un rol más protagónico.
3. Elaboración de un buen proceso de atención de enfermería, donde se valore más los datos subjetivos de los pacientes politraumatizados.
4. Se recomienda a la jefatura del área de Emergencia del Hospital Santa Rosa, realizar auditorías comportamentales de manera periódica para evaluar la calidad de atención del profesional de enfermería.
5. Realizar encuestas de satisfacción del usuario, donde se evalué la calidad de atención del personal que labora en el servicio de emergencia.
6. Realizar más trabajos de investigación sobre soporte emocional con pacientes que presenten problemas crónicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sharon Henry, Karen Brasel y Ronald M. Stewart. ATLS Advanced Trauma Life Support [en línea]. 10th ed. Chicago IL (USA). American College of Surgeons; 2018. [Citado: 11 agosto 2019]. Disponible en <https://viaaerearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf>
2. Ceballos Esparragón J. y Pérez Díaz MD. Cirugía del paciente politraumatizado. [en línea]. 2^a ed. Madrid (España). Arán Ediciones, S.L. Asociación Española de Cirujanos; 2017 [Citado: 11 agosto 2019]. Disponible en <https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/libro-trauma-aec-web.pdf>
3. Márquez Rojas J., Blanco Fernández G., López Guerra D. Cirugía de control de daños. Emergencias 2015. 24: 219-24
4. Pérez Molina MJ. y Rodríguez Chinchilla N. Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja [Publicación periódica en línea] 2011. Abril [Citada: 11 agosto 2019] 30: [17p]. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815156.pdf>
5. Roy C. (2009) El modelo de adaptación de Roy. Tercera edición. Nueva Jersey: Pearson Educación, Inc.
6. Lazarus R. (2014). Estrés y emoción, manejo e implicaciones en nuestra salud. Editorial Bilbao.
7. Labrada Despaigne A., Lisabet Rodríguez D. y Martínez Clavel LL. Factores de riesgo de mortalidad en pacientes politraumatizados [en línea] 2018. Marzo [citada: 11 agosto 2019]; [13 pp.]. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v17n3/scar04318.pdf>
8. Gosselin Ra., Spiegel DA., Coughlin R. y Zirkle Los traumatismos: el problema sanitario desatendido en los países en desarrollo. [internet]. USA. Organización Mundial de la Salud; 2018 abril. [citado: 11 agosto 2019]. Disponible en <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/08-052290/es/>
9. National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). PHTLS. Soporte vital del trauma prehospitalario. 8^a edición. México, DF. Jones & Bartlett Learning; 2015.
10. Diaz de León Ponce MA., Basilio Olivares A., Cruz Vega F. y Briones Garduño JC. Trauma un problema de salud en México [en línea]. México. Intersistemas, SA. Academia Nacional de Medicina México; 2016 [Citado: 11 agosto 2019]. Disponible en https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/TRAUMA.pdf

11. Espinoza JM. Atención básica y avanzada del politraumatizado [en línea]. Acta Médica Peruana; 2011. Abril [citado: 11 agosto 2019]. V28 (n.2). [aproximadamente 12 pp]. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000200007
12. Miranda Braga M., Christello Coimbra VC., Portella Ribeiro J., Roggia Piexak D., Stein Backes D., y Miritz Borges A. Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados. [en línea] Revista internacional de enfermería basada en la evidencia; 2012 octubre-diciembre. [citado: 11 agosto 2019].9(40). [aproximadamente 7 pp]. Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>
13. Cáceres Rodríguez DE., Montoya Camargo Z. y Ruiz Hurtado AM. Intervención psicosocial para el incremento de la calidad de vida en pacientes con trauma craneoencefálico moderado a severo. [en línea]. Revista colombiana de Psicología; 2003 [citado: 11 agosto 2019]. N°12. [aproximadamente 7 pp]. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3246686>
14. Zavala Yoe L., Rivas Lira RA., Andrade Palos P. y Reidl Martínez LM. Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. [en línea]. Revista Intercontinental de Psicología y Educación; 2018. Julio – diciembre [citado: 11 agosto 2019] Vol.10 (N°2). [25 pp]. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212387009.pdf>
15. Ávila Martín LA., Sarmiento P., Muñoz de Rodríguez L. Evolución del proceso de afrontamiento y adaptación en adultos hospitalizados que experimentaron un trauma músculo esquelético por accidentes de tránsito. [Publicación periódica en línea]. Enfermería global, 2017. Octubre. [citado: 11 agosto 2019]. V16 (n48). [aproximadamente 15 pp]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000400226
16. Carreón Muñoz R., García Alonzo I. y Samaniego Garay RA. Relación entre apoyo social y afrontamiento en pacientes con diabetes mellitus de Jalpa, zacateca. México. [Publicación periódica en línea]. Revista electrónica semestral en ciencias de la Salud; 2015. Febrero. [Citado 01 de septiembre 2018]. V1 (n6). [aproximadamente 12 pp] Disponible en: <http://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/9/6>
17. Bautista Rodríguez LM., Arias Velandia MF., y Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares del paciente crítico internado en relación a la comunicación y apoyo emocional. [en línea]. Revista Cuidarte;

2016. [Citado 16 de septiembre 2018]. Vol.7 (n2). [aproximadamente 14 pp] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359546229007.pdf>
18. Maturano Velásquez GN. y Miranda Limachi KE. Apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería y el afrontamiento de los padres de los pacientes pediátricos post operados con cardiopatía congénita INCOR 2014. [en línea]. Revista Científica Ciencias de la Salud; 2014. [Citado 16 de septiembre 2018]. Vol.7 (n2). [aproximadamente 10 pp] Disponible en: https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/1023
 19. Ataucuri Linares BE. Calidad de cuidados de enfermería al paciente politraumatizado del servicio de emergencia del Hospital De Apoyo Puquio Felipe Huamán Poma De Ayala. [Tesis de grado]. Ica, Perú: Universidad Autónoma de Ica; 2016.
 20. Chilin Rojas. Comunicación y apoyo emocional de enfermería en percepción del familiar del paciente crítico internado en el Hospital Naval - 2017. [Tesis para optar al Título de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud]. Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2017.
 21. Columbus Villalta CD. Apoyo emocional que brinda el profesional de enfermería y el afrontamiento de los pacientes con cáncer de mama de 30 a 50 años de la Unidad de Quimioterapia de la Clínica Oncosalud. 2017. [Tesis para optar al Título de Especialista en Enfermería Oncológica]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
 22. Contreras Rojas EG. Precizando el concepto de apoyo emocional en el quehacer de enfermería. Servicio de Medicina Interna 7ª B. Hospital Daniel Alcides Carrión, 2007. [Tesis para optar al Título de Licenciada en Enfermería]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.
 23. Andrey Berman y Shirlee Snyder. Fundamentos de Enfermería Kozier & Erb. 9ª ed. Madrid, España. Pearson Educación S.A. 2013.
 24. Elers Mastrapa Y. y Gibert Lamadrid MP. Relación enfermera – paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales [en línea]. Revista cubana de Enfermería; 2016. [Citado 17 de septiembre 2018]. Vol.32 (n4): [aproximadamente 15 pp] Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
 25. Marriner Tomey A. y Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería [en Línea] 6ª ed. Madrid, España: Elsevier; 2010. [Citado 17 de septiembre 2018]. Disponible en <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

26. Raile Alligood M. y Marrinet Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Madrid, España. Elsevier; 2011. [Citado 25 de septiembre 2018]. Disponible en: https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros
27. Vegas Rodríguez FJ. y Caballero Trenado JV. Curso de Urgencias para Residentes. Servicio Urgencias C.H.U: Valoración de paciente politraumatizado [en Línea]. Gerencia del Área de Salud de Badajoz, España [Citado 25 de septiembre 2018]. Vol.32 (n4): [17 pp] Disponible en: <http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/politraumatizado.pdf>
28. Malasca San Martín P. Paciente politraumatizado: Factores que influyen en la morbi-mortalidad., Junio; 2007. [Tesis para optar al grado en medicina]. Santander, España: Universidad de Cantabria, Facultad de Medicina; 2017.
29. Amarís Macías M., Madariaga Orozco C., Valle Amarís M. y Zambrano Javier. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico [en Línea]. Psicología desde el Caribe, Universidad del Norte, Colombia; 2013 [Citado 25 de septiembre 2018]. V30 (1): [24 pp] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>
30. Lazarus R. y Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. España: Martínez Roca; 2006.
31. Enfermería C. I. Afrontamiento a una enfermedad. México; 2006
32. Young K. Psicología de las actitudes. Buenos Aires; Argentina: Paidós; 1967.
33. García - Camba E.L. Manual de Psicooncología. Madrid: Grupo Aula Médica; 1999.
34. Bazán S. Estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. España; 2017.
35. Carrillo, Y. Manual de estrategias de afrontamiento. España; 2010.
36. Rodríguez Rodríguez. La atención integral y centrada en la persona. Papeles de la fundación pilares para la autonomía personal [internet]. 2013 [citado 02/09/2018]; N° 1; 122 pag. Disponible en: <http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>
37. Wikipedia. Cognición [internet]. 2017 [citado 31/08/2019]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Cognici%C3%B3n>

ANEXOS

Anexo 01: Matriz De Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
Problema general:	Objetivo general:	Hipótesis General:	Independiente:	Tipo de investigación:
¿Cuál es la relación que existe entre el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento de los pacientes politraumatizados del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. 2019.	Determinar la relación que existe entre soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento de los politraumatizados del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. 2019.	Existe relación directa entre el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería y el afrontamiento emocional de los pacientes politraumatizados del servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa II-2. 2019.	Soporte emocional	Cuantitativo.
			Dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> • Emocional afectivo • Emocional informativo 	Diseño de investigación: Descriptivo, correlacional, de corte transversal. <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <pre> graph LR M --- V1 M --- V2 V1 <--> r V2 </pre> </div> M: Muestra VA: Variable 1 VA: Variable 2 r: Relación entre variables

Problemas específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis específicas	Dependiente:	Población y muestra:
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el soporte emocional brindado por el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados? • ¿Cuál es el afrontamiento que tienen los pacientes politraumatizados? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el soporte emocional brindado por la enfermera a pacientes politraumatizados. • Determinar el afrontamiento de los pacientes politraumatizados. • Determinar la relación entre el soporte emocional brindado por la enfermera y el afrontamiento de los pacientes politraumatizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • El soporte emocional que brinda el profesional de enfermería a los pacientes politraumatizados es bajo. • El afrontamiento que tienen los pacientes politraumatizados es deficiente. 	<p data-bbox="1283 335 1630 443">Afrontamiento del paciente</p> <hr/> <p data-bbox="1283 446 1630 486">Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento positivo • Afrontamiento negativo 	<p data-bbox="1635 335 2018 778">Paciente con diagnóstico de politraumatizado que ingresaron al servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa II – 2. Piura. 2018 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.</p> <hr/> <p data-bbox="1635 782 2018 890">Técnicas e instrumentos de recolección de datos:</p> <hr/> <p data-bbox="1635 893 2018 1002">Cuestionario de entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soporte emocional • Afrontamiento

Anexo 02: Instrumentos Validados



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DE CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

INSTRUCCIONES. Leer las cuidadosamente cada preguntar y marque con un aspa (X) la respuesta que considera correcta.

Gracias.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

- **Grupo etario**

¿Cuántos años cumplidos tiene usted a la fecha? ()

- **Sexo**

¿A qué género pertenece ce usted?

Masculino () Femenino ()

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

- **Estado civil**

Soltero () Conviviente () Soltero () Conviviente ()

Viudo ()

- **¿A qué religión pertenece?**

Católica () Evangélica ()



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CUESTIONARIO SOBRE APOYO EMOCIONAL DE LOS PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS**

INSTRUCCIONES. Leer las cuidadosamente cada pregunta y marcar con un aspa (X) la respuesta correcta.

Gracias.

ÍTEM	PREGUNTAS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1	La enfermera me llama por mi nombre en forma cortés y amable				
2	La enfermera brinda la oportunidad de expresar mis temores y preocupaciones de mi enfermedad y tratamiento				
3	La enfermera cuando ingresé aquí me informó en qué consiste mi tratamiento				
4	Aunque la enfermera tenga poco trabajo en el servicio, no se da tiempo para conversar conmigo				
5	La enfermera se preocupa de mis problemas físicos, como de mis necesidades emocionales que me ocasiona mi enfermedad y tratamiento				
6	La enfermera me atiende tan rápido que no le puedo preguntar sobre mi tratamiento				
7	La enfermera está dispuesta a orientarme sobre la dieta y las actividades que debo realizar en casa				
8	La enfermera se interesa cuando me encuentro deprimida (o)				
9	Siento que la enfermera no me toma en cuenta				
10	La enfermera me mira a los ojos cuando habla conmigo				
11	La enfermera me da ánimo para seguir adelante				
12	La enfermera conversa conmigo				

	acerca de Dios				
13	La enfermera me inspira confianza con el trato que me brinda				
14	La enfermera siempre conversa conmigo durante mi estancia en el servicio				
15	La enfermera me informa como debo cuidarme para no sentirme mal en mi casa				
16	La enfermera informa a mi familia sobre qué deben hacer cuando me pongo mal				
17	La enfermera es muy humana en su trato que me brinda				
SOPORTE EMOCIONAL AFECTIVO		1-5-8-9-10-11-12-13-14-17			
SOPORTE EMOCIONAL INFORMATIVO		2-3-4-6-7-15-16			

VALORACIÓN (Promedio)

BAJO = menor o igual a 2

REGULAR = mayor de 2 y menor o igual a 3

ALTO= mayor de 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CUESTIONARIO SOBRE AFRONTAMIENTO DE LOS PACIENTES
POLITRAUMATIZADOS**

INSTRUCCIONES. Leer las cuidadosamente cada pregunta y marcar con un aspa (X) la respuesta correcta.

Gracias.

ITEM	PREGUNTAS	NUNCA	AVECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por la situación que me está pasando.				
2	Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación.				
3	Pienso que esta situación no es real, que no me pasa a mí.				
5	Busco apoyo emocional y afecto en alguien.				
6	Me doy por vencida (o) o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo				
7	Hago lo posible para poder cambiar o mejorar la situación				
8	Me niego a creer lo que me está pasando				
9	Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación.				
10	Busco ayuda y consejo de otras personas.				
12	Trato de ser positiva (o) y aprender de las situaciones difíciles				
13	Me critico a mí misma ahora más que antes del				

	diagnóstico.				
14	Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación.				
15	Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna persona.				
16	Admito que no puedo con la situación				
17	Busco algo bueno o positivo de la situación que estoy viviendo.				
18	Hago algo para pensar menos en mi situación.				
19	Acepto esta situación como una realidad de la vida, que me toca vivir				
20	Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento				
21	Trato de encontrar consuelo en una religión o creencias espiritual				
22	Busco ayuda de otras personas para saber más de la situación y recibir apoyo				
23	Aprendo a vivir con el diagnóstico y su tratamiento				
24	Me culpo a mí misma por lo que me pasa				
25	Rezo, oro o medito				
26	Tomo la situación difícil con humor				

AFRONTAMIENTO ACTIVO	2-5-7-10-12-14-15-17-19-22-23-26
AFRONTAMIENTO PASIVO	1-3-6-8-9-13-16-18-20-21-24-25

VALORACIÓN (Promedio)

DEFICIENTE = menor o igual a 2

REGULAR = mayor de 2 y menor o igual a 3

BUENO= mayor de 3

CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Para evaluar la confiabilidad del instrumento se utilizó el índice de consistencia y coherencia interna Alfa de Cronbach, cuyos resultados se muestran a continuación:

Estadísticos de fiabilidad

	Alfa de Cronbach°	N° de elementos
Soporte emocional	,806	17
Afrontamiento	,870	24

Los valores obtenidos para el indicador Alfa de Cronbach, de 0.806 para el apoyo emocional y de 0.870 para el afrontamiento, caen en un rango de confiabilidad alta, lo que garantiza la aplicabilidad de los instrumentos.

Anexo 03:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informado(a) de la forma de cómo se realizará el estudio y de cómo se tomarán las mediciones. Estoy enterado(a) también que puedo participar o no continuar con el estudio en el momento en el que considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia de parte del equipo, de la Universidad Nacional del Callao.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de:

SOPORTE EMOCIONAL BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SANTA ROSA II-2. PIURA. PERIODO ENERO – JUNIO 2019.

Nombre del participante:

Firma: _____

Fecha: _____

Firma de los investigadores

Anexo 04:

BASE DE DATOS

SOPORTE EMOCIONA

N°	D. GENERALES			S.E. INFORMATIVO							S.E. AFECTIVO							SUMA			
	GEN	EDAD	E. CIV	P2	P3	P4	P6	P7	P 15	P 16	P1	P5	P8	P9	P 10	P 11	P 12		P 13	P 14	P 17
1	2	18	1	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	60
2	2	20	1	4	2	3	3	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	54
3	1	36	1	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	62
4	2	28	1	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	2	53
5	1	45	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
6	2	62	4	4	2	3	4	4	3	1	3	3	4	2	2	3	4	2	3	2	46
7	2	19	1	4	4	1	4	3	3	3	4	3	3	3	2	4	4	3	3	2	49
8	2	21	1	4	2	3	3	3	4	4	3	4	2	2	4	4	4	3	4	3	53
9	2	26	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	2	3	2	57
10	1	43	3	3	2	3	4	3	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	56
11	2	26	1	4	2	3	3	4	1	1	4	3	1	2	2	2	4	3	3	3	41
12	2	38	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	60
13	2	21	1	4	2	3	4	4	3	3	4	4	3	2	3	2	4	2	1	2	46
14	2	34	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	2	4	3	56
15	2	33	2	4	4	3	4	1	1	3	4	4	2	1	3	4	4	3	1	2	44
16	1	64	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	60
17	2	29	2	4	4	3	2	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	57
18	2	26	1	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	61
19	1	37	3	4	4	1	4	3	3	4	4	4	4	4	2	4	4	3	3	2	53
20	2	24	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
21	2	39	2	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	2	2	4	3	1	2	50
22	2	19	1	4	2	1	4	3	3	3	4	3	2	4	4	4	4	2	4	2	49
23	2	18	2	4	4	1	4	3	3	3	4	3	3	2	3	4	4	3	4	4	52
24	2	25	3	4	4	3	4	3	3	2	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	57
25	2	32	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	3	4	4	3	3	4	56
26	2	43	2	4	2	3	4	3	3	2	4	4	3	1	1	2	4	3	3	2	44
27	2	24	1	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	59
28	2	26	1	3	4	3	4	3	3	3	4	3	2	2	2	2	4	4	3	2	47
29	1	20	1	4	4	4	4	4	3	2	4	4	3	4	4	4	4	3	3	2	56
30	1	36	2	4	4	3	4	1	1	2	4	3	3	3	2	2	4	3	3	2	44

AFRONTAMIENTO

N°	AFRONTAMIENTO PASIVO											AFRONTAMIENTO ACTIVO											SUMA		
	A1	A3	A6	A8	A9	A13	A16	A18	A20	A21	A24	A25	A2	A5	A7	A10	A12	A14	A15	A17	A19	A22		A23	A26
1	1	3	4	4	4	3	2	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	2	4	2	4	4	4	80
2	1	2	1	4	4	3	2	3	2	4	4	3	4	4	4	3	4	2	4	3	3	4	4	4	76
3	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	88
4	4	2	4	4	4	3	2	3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	2	4	4	4	3	4	4	84
5	2	2	1	4	4	3	2	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3	2	4	4	4	79
6	1	2	1	1	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	4	3	3	2	2	3	2	4	4	4	60
7	1	1	1	4	4	3	4	3	4	4	3	1	2	4	2	3	3	2	2	3	2	1	3	4	64
8	2	1	2	3	2	3	4	3	2	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	2	2	3	4	70
9	1	1	2	3	2	3	2	3	4	3	4	4	4	4	2	3	3	2	2	3	4	4	3	4	70
10	1	1	2	3	2	3	4	3	4	3	4	4	2	4	2	4	3	4	4	3	4	1	3	4	72
11	1	1	2	3	2	3	2	3	2	3	1	1	1	4	2	3	3	3	4	3	2	4	3	4	60
12	2	1	2	3	2	3	2	3	2	3	1	1	3	4	2	3	3	1	2	3	2	1	3	4	56
13	1	4	2	3	2	3	2	3	2	1	1	1	3	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	67
14	1	4	2	3	2	1	2	3	3	1	2	1	1	4	3	1	3	2	1	1	1	1	1	3	47
15	1	4	2	1	1	3	2	3	3	1	2	3	2	4	3	4	3	2	3	3	4	3	1	3	61
16	2	4	2	4	4	3	4	3	3	4	3	4	1	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	80
17	1	4	2	3	3	3	2	3	3	4	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	76
18	1	4	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	88
19	1	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	84
20	2	4	2	3	2	4	3	4	3	4	2	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	3	4	3	79
21	1	4	2	3	1	2	3	1	3	2	2	4	2	3	3	1	4	4	3	3	4	3	2	3	63
22	2	4	2	3	2	2	3	4	3	2	2	4	2	3	3	4	1	4	1	3	2	3	2	3	64
23	1	4	2	3	2	2	3	4	3	2	2	4	2	3	3	4	4	4	3	3	4	3	2	3	70
24	2	4	2	3	2	2	3	2	3	2	2	4	2	3	3	4	4	4	3	3	5	3	2	3	70
25	1	4	2	3	2	2	1	2	3	2	2	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	72
26	1	4	2	3	2	2	1	2	3	2	2	4	2	3	3	4	2	2	2	2	4	3	2	3	60
27	1	4	2	3	2	2	1	2	3	2	2	4	1	3	3	4	1	1	1	2	4	3	2	3	56
28	1	4	2	3	2	2	1	2	3	2	2	4	3	3	3	4	4	4	4	2	4	3	2	3	67
29	1	2	2	3	2	2	1	2	1	2	2	1	2	3	3	1	1	4	1	2	1	3	2	1	45
30	1	4	2	1	2	2	1	2	1	2	2	4	1	3	3	4	4	4	4	2	4	3	2	3	61