

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**MANEJO DE CONDUCTAS AGRESIVAS POR PARTE DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL ÁREA DE
TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY (HCM)**

Proyecto presentado como requisito parcial para optar al
Título de Licenciado en Enfermería

Autoras:
Mirvig Peña
C.I. 12.168.173
Gregoria Fernández
C.I. 5.219.141
Maria Elena Velásquez
C.I. 4.394.445

Tutor: Lic Leyla Revello

Maracay, Septiembre de 2008

DEDICATORIA

Solo con Dios es posible realizar todo, nuestras metas, sueños y deseos, por que ello dedico este trabajo primeramente a Dios, por su bondad infinita.

A mis hijos, Jenny y Gregory por su apoyo incondicional.

Por último, a todas aquellas personas que pusieron su granito de arena para ayudarme a culminar con éxito mi trabajo de grado, que hoy me ubica en otra escala.

Gregoria Fernández

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios, por la oportunidad culminar con éxito mi trabajo de grado.

Agradezco al Cuerpo Docente del Consejo de la Escuela de Enfermería por aprobar y permitir mi reincorporación en esta casa de estudio, y así mismo finalizar esta etapa, como lo es el tiempo establecido para obtener mi grado de licenciatura.

Por último y no menos importante agradezco a la Lic. Ravello por su apoyo y paciencia durante la realización de la tesis.

DEDICATORIA

A Dios sobre todas las cosas por guiarme en todo momento
A mi madre Josefina Carmona por haberme dado la vida y hacer de mí una
persona constante.
A mis dos grandes amores y motivos para seguir adelante mis hijos Enders José
y Ariangels Maguiel
A mis hermanos, familiares, amigos y a todas aquellas personas que de una u
otra forma ayudaron a la realización del Trabajo Especial de Grado.

A todos muchas gracias
MIRVIG PEÑA C.

Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Central de Venezuela en especial a la Escuela de Enfermería por brindarme la oportunidad de realizar mis estudios en tan prestigiosa Institución

A la Lic. Revello por su apoyo como tutora y la paciencia brindada durante la realización del Trabajo Especial de Grado.

MIRVIG PEÑA

v

Created by eDocPrinter PDF Pro!!

Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!

DEDICATORIA

A Dios sobre todas las cosas por guiarme en todo momento.

A mi madre, a mis hijos a mi Esposo por ayudarme a mejorar un poco más cada día.

A mis profesores, compañeros de clases y todas aquellas personas que de una u otra forma ayudaron en la realización del Trabajo Especial de Grado.

A Todos Muchas Gracias

Maria Elena Velásquez

vi

Created by eDocPrinter PDF Pro!!

Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Cuerpo Docente del Consejo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, por aprobar y permitir mi reincorporación en esta casa de estudios y así poder culminar mi grado de Licenciatura.

Por último y no menos importante agradezco a la Lic. Revello por su apoyo y paciencia durante la realización del Trabajo Especial de Grado.

Maria Elena Velásquez.

vii

Created by eDocPrinter PDF Pro!!

ÍNDICE GENERAL

	Pp.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE GENERAL	viii
LISTA DE CUADROS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN.....	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
Planteamiento del Problema.....	3
Formulación del problema	6
Objetivos de la Investigación	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
Justificación de la Investigación	7
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO.....	10
Antecedentes de la Investigación	10
Bases Teóricas.....	12
Bases Legales.....	39
Teoría de Enfermería de Callista Roy.....	42
Sistema de Variable.....	46
CAPÍTULO III.....	48
DISEÑO METODOLÓGICO.....	48
Diseño de la Investigación	48
Tipo de Investigación.....	48
Población.....	49
Muestra.....	50
Métodos e Instrumento de Recolección de Datos	50
Confiabilidad.....	51
Validez	52
Procedimiento para la recolección de datos.....	52
Técnicas de Análisis.....	52

CAPÍTULO IV	54
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	54
CAPÍTULO V	85
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
Conclusiones	85
Recomendaciones	86
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	87
ANEXOS	91
ANEXO A MODELO DE CUESTIONARIO	92

LISTA DE CUADROS

	Pp.
1. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Golpes. Ítem 1.....	55
2. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Golpes. Ítem 2.....	57
3. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Golpes. Ítem 3.....	59
4. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Patadas. Ítem 4.....	61
5. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Patadas. Ítem 5.....	63
6. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Insultos. Ítem 6.....	65
7. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los	

pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Insultos. Ítem 7	67
8. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador:.....	69
9. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: gestos. Ítem 9	71
10. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: gestos. Ítem 10	73
11. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: gestos. Ítem 11	75
12. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Psicológica. Sub indicador: Histeria. Ítem 12	77
13. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Psicológica. Sub indicador: Histeria. Ítem 13	79
14. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital	

Central de Maracay (HCM). Indicador: Psicológica. Sub indicador: Ansiedad. Ítem 14.....	81
15. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Psicológica. Sub indicador: Ansiedad. Ítem 15.....	83

LISTA DE GRÁFICOS

	Pp.
1. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Golpes. Ítems 1	56
2. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Golpes. Ítems 2	58
3. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Golpes. Ítems 3	60
4. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Patadas. Ítem 4	62
5. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Patadas. Ítem 5	64
6. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Insultos. Ítem 6	66
7. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los	

pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Insultos. Ítem 7	68
8. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Gritos	70
9. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Gestos Ítem 9	72
10. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Gestos Ítem 10	74
11. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Gestos. Ítem 11	76
12. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Psicológicas. Sub indicador: Histeria. Ítem 12	78
13. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Psicológicas. Sub indicador: Histeria. Ítem 13	80
14. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital	

Central de Maracay (HCM). Indicador: Psicológicas. Sub
indicador: Ansiedad. Item 14..... 82

15. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de
conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los
pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital
Central de Maracay (HCM). Indicador: Psicológicas. Sub
indicador: Ansiedad. Item 15..... 84

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA

**MANEJO DE CONDUCTAS AGRESIVAS POR PARTE DEL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL ÁREA DE
TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY (HCM)**

Autoras:
Mirvig Peña
Gregoria Fernández
María Elena Velásquez

Tutor: Lic Leyla Revello

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo determinar el manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM), para ello fue necesario identificar las manifestaciones físicas en pacientes politraumatizado con larga permanencia de hospitalización, seguido de las manifestaciones verbales y psicológicas de los pacientes en la vida intrahospitalaria de pacientes. La presente investigación tiene un diseño de investigación es no experimental, ya que el investigador no asignó valores a las variables, por ende los hechos fueron observados tal y como ocurrieron en la realidad, En lo que respecto al nivel de investigación, se estableció como una investigación transeccional. La población objeto de estudio estuvo representada por los treinta y seis (36) profesionales de enfermería del Hospital Central de Maracay, es decir, quedará conformada por un total de treinta y seis (36). En la selección de la muestra, se tomó de la totalidad de la población. Para el desarrollo de la investigación, se aplicó como técnicas de recolección de datos la observación directa siendo el instrumento aplicado un cuestionario. Dentro de las conclusiones obtenidas se pueden indicar que las manifestaciones físicas de conductas agresivas en pacientes politraumatizado con larga permanencia de hospitalización en el Hospital Central de Maracay, se pudo conocer que las presentan mayor frecuencia son los golpes y patadas, situación que afectado a la mayoría del personal de enfermería asignado al área. Dentro de las acciones sugeridas se proponen al profesional de enfermería, estrategias educativas que le permitan canalizar las manifestaciones agresivas de los pacientes, como parte de rol de servicio y atención, recordándose en todo momento la necesidad del paciente de hacer atendido aun cuando presente conductas inapropiadas.

xvi

INTRODUCCIÓN

La conducta, es el modo de ser del individuo y el conjunto de acciones que lleva a cabo para adaptarse a su entorno. La conducta es la respuesta a una motivación en la que están involucrados componentes psicológicos, fisiológicos y de motricidad. La conducta de un individuo, considerada en un espacio y tiempo determinados, se denomina "comportamiento"

Hablar del comportamiento humano es referirse a la totalidad de las acciones de un individuo en el ambiente físico y social en que se encuentra. En definitiva el comportamiento es una función de la persona, de su ambiente; y se da entre ellas una interdependencia mutua. Cuando los individuos se encuentren en compañía de otras personas, en otro ambiente que no es el habitual para éste, puede surgir una modificación en su conducta como resultado de la interacción con otras.

Existe la hipótesis de que la agresión es consecuencia de la frustración y viceversa (colocar fuente). Se puede decir que el individuo ante un impedimento físico causado por algún traumatismo que lo mantiene alejado durante un tiempo prolongado de su vida habitual puede ser un estímulo para desencadenar una conducta agresiva. La conducta agresiva es aquella que hace o puede hacer daño a las personas que rodean al individuo que la manifiesta y puede o no ser desencadenada por estímulos externos, esta agresión puede adoptar forma física o psicológica

Durante la realización de la pasantía de las autoras en la Sala de Traumatología del Hospital Central de Maracay, se detectó que los pacientes que han permanecido hospitalizados durante un largo período de tiempo, manifiestan una conducta altamente agresiva. Por este motivo, el objetivo que esta investigación persigue, es determinar las causas que originan tal comportamiento, con el propósito de suministrar al personal de salud involucrado con este tipo de pacientes, una

herramienta que favorezca su calidad de vida durante el tiempo que esté obligado a permanecer en la sala de un hospital.

La Investigación, se estructuró en cinco (05) capítulos principales que se describen a continuación:

El Capítulo I El Problema, contempla el Planteamiento del Problema, Objetivos general y específicos así como la Justificación de la investigación.

En el Capítulo II Marco Teórico, se describen los antecedentes de la investigación, bases teóricas, las variables, su Operacionalización y la definición de términos básicos.

Por su parte, el Capítulo III Marco Metodológico, presenta el diseño y tipo de la investigación, área, población y muestra, Métodos de recolección de datos, validez y confiabilidad y las técnicas de análisis de datos.

Con relación al Capítulo IV, presentan el análisis de los resultados obtenidos en el transcurso de la investigación.

El Capítulo V, contempla las conclusiones y recomendaciones, a partir del cumplimiento de los objetivos del trabajo.

Finalmente, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos que sustentan el trabajo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La conducta agresiva ha sido motivo de investigación a lo largo de la historia, ya que desde el inicio de la vida del hombre son variadas las consecuencias que de esta situación se derivan, lo cual obedece en gran parte a los profundos cambios que ocurren en la sociedad, presentándose frecuentemente en el ámbito familiar y escolar. Por otra parte, la conducta agresiva es parte integrante de la evolución humana y está relacionada con la supervivencia.

No obstante, la conducta agresiva persistente e intensa está influenciada por factores individuales, familiares y ambientales, los cuales son causa de varios problemas emocionales y sociales que le afectan a él y al medio en que se desenvuelve. Según Bandura, J (2002), define la agresión como "... la conducta que produce daño a la persona y la destrucción a la propiedad". (p. 341). Además, señala que "la conducta destructiva puede ser clasificada como agresiva intencional o accidental, dependiendo del sexo, edad, nivel socioeconómico y de los antecedentes étnicos del atacante, así como también de los valores propios de los clasificadores ..." (p. 342).

Igualmente el autor agrega que "las influencias culturales en que reside una persona y con las cuales tiene contactos repetidos, constituyen una importante fuente de agresión." (p. 346), destacando así el ambiente escolar en el que se desenvuelve el individuo. En el mismo orden de ideas, la agresión ha sido asumida como una conducta desadaptativa que se aprende a lo largo de la vida por modelamiento o imitación, en condiciones normales donde no interviene ningún comportamiento neurofisiológico.

No hay un acuerdo unánime en la definición de agresividad; no se la considera un trastorno (no está como tal en ninguna clasificación diagnóstica), sino, más bien una conducta desadaptada que se une frecuentemente a ciertos trastornos. Diferentes definiciones resaltan la intencionalidad, el modo en que se produce, el resultado al que llegan, etc., pero ¿cuando se puede decir que un paciente que muestra una conducta hostil es agresivo?. La conducta agresiva es normal en ciertos periodos del desarrollo del individuo, la agresividad llamada manipulativa está vinculada a la formación de cada ser y cumple una función adaptativa.

Entonces, se puede definir un paciente agresivo como aquel que presenta conductas hostiles recurrentes (físicas y verbales) en la resolución de conflictos o consecución de objetivos, sin que éstas respondan a una provocación hostil real. Con esta definición se llama la atención sobre los aspectos de frecuencia excesiva e inadaptabilidad de estas reacciones, no entrando en consideraciones de intencionalidad o resultado real de la agresión.

En el ámbito de la salud, la conducta agresiva es uno de los problemas que frecuentemente enfrenta el profesional de enfermería dentro de las instituciones de salud, y al no producirse un proceso de socialización apropiado, surge como consecuencia la agresión, que al no ser controlada adecuadamente repercute negativamente en la conducta del paciente y el desarrollo armónico de su recuperación.

La agresividad es una problemática que se vive a escala mundial. Al respecto Chiappe, I. (1998) reporta según estudios realizados, que países como Estados Unidos el Reino Unido, Francia y España, se encuentran sumergidos en un inconsciente colectivo, es decir, éste se da en la población sin que tenga conciencia de ello (p. 62).

Venezuela al igual que muchos países latinoamericanos no escapa a la realidad señalada anteriormente, donde el Congreso Mundial de Violencia (1998) señala que "el 40% de la población venezolana presenta conductas agresivas dentro de su entorno social, para 1999 se formularon 147.000 denuncias en el ámbito nacional

El Estado Aragua no es ajeno a esta problemática, a diario se reportan caso de conductas agresivas, que afectan a la población en general, situación que ha respeta sector ni áreas de trabajo, tal como ocurre dentro de las instituciones de salud, donde cada vez se hacen más frecuencias episodios de conductas violentas en los pacientes, producto de diversos factores como las condiciones físicas de las instituciones, atención brindada por parte de los profesionales de la salud, carencia del control y la supervisión por parte de la directivos de estas instituciones afectando no solo la atención sino la calidad de vida del pacientes dentro de las áreas de trabajo.

Aunado a esta situación, es notable el aumento de individuos que ingresa a diario a centros asistenciales en busca de atención médica especializada y en espera de resolución quirúrgica. Esta espera para la recuperación de su salud, unida a las modificaciones en la condición de vida del paciente, el ocio y otra serie de situaciones, pueden ser algunos de los elementos que favorecen el nacimiento de conductas agresivas en el paciente. El hospital Central de Maracay, Estado Aragua, es uno de los más afectados por el aumento de pacientes con traumatismos ya que es un hospital tipo IV y por ende un centro de referencia obligatorio para todo el centro del país. Cada día ingresan cientos de pacientes, tanto de la región, como de zonas foráneas en busca de atención óptima y de calidad para el restablecimiento de su salud.

Por ser un Centro de Referencia inmediata muchas veces está colapsado y los turnos quirúrgicos de las emergencia traumatológicas se retrasan por la urgencias de otro tipo de evento, o igualmente traumatológicas donde se pone en riesgo la vida de otro paciente, es por ello que muchas veces se prolonga más la estadía de los pacientes en el área de traumatología, originando que los pacientes adopten una conducta o comportamiento agresivo, bien sea a causa de la estadía prolongada, a el cambio brusco de su medio ambiente habitual, el impedimento físico o imposibilidad para la deambulaci3n .

El área de de Traumatología de Hospital Central de Maracay cuenta con dos salas: traumatología hombres y traumatología mujer, con una capacidad para 36

pacientes en cada sala, con el agravante que, en habitaciones que fueron creadas para el alojamiento de 4 pacientes se encuentran ubicados hasta seis con diferentes patologías traumatológicas, lo cual disminuye el espacio existente y la privacidad entre los pacientes, aumentando el riesgo para desencadenar conductas agresivas por el hacinamiento. En este servicio es frecuente, y hasta se ve con naturalidad la agresión verbal o física por parte de los pacientes hacia otros pacientes o hacia el equipo de salud que allí labora.

El personal de enfermería es quien tiene mayor contacto con el paciente, por ello, además de afrontar su responsabilidad como miembro esencial del equipo de salud, debe tolerar en la mayoría de los casos las agresiones como insultos, golpes, gritos y demás manifestaciones verbales y físicas durante su ejercicio profesional.

Después de todo lo antes mencionado se sugiere la siguiente interrogante:

- ¿Cuáles son las manifestaciones físicas en pacientes politraumatizado con larga permanencia de hospitalización en el Hospital Central de Maracay?
- ¿Cuáles son las manifestaciones verbales en la calidad de vida intrahospitalaria de pacientes con politraumatizado con larga permanencia de hospitalización en el Hospital Central de Maracay?
- ¿Cuáles son las manifestaciones psicológicas en la calidad de vida intrahospitalaria de pacientes con politraumatizado con larga permanencia de hospitalización en el Hospital Central de Maracay?

Formulación del problema

¿Cómo es el manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería a los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM)?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar el manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería a los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM)

Objetivos Específicos

Identificar las manifestaciones físicas en pacientes politraumatizado con larga permanencia de hospitalización en el Hospital Central de Maracay.

Identificar las manifestaciones verbales en la calidad de vida intrahospitalaria de pacientes con politraumatizado con larga permanencia de hospitalización en el Hospital Central de Maracay.

Identificar las manifestaciones psicológicas en la calidad de vida intrahospitalaria de pacientes con politraumatizado con larga permanencia de hospitalización en el Hospital Central de Maracay.

Justificación de la Investigación

En vista del alto índice de pacientes con conductas agresivas en el área de traumatología del Hospital Central de Maracay manifestadas, tanto por otros pacientes como por los profesionales de enfermería que allí laboran, da pie al surgimiento de determinar el o los motivos por los cuales los pacientes de esta área de servicio muestran con mayor frecuencia, este tipo de comportamiento contrario a la

naturaleza del servicio que debe prevalecer en el área hospitalaria, donde las agresiones, tanto físicas como verbales psicológicas, ocasionan un efecto nocivo a la dignidad y autoestima de la persona que recibe la agresión.

La acción de enfermería es importante, ya que a través de ella se busca el encuentro con un paciente y su familia, tiempo durante el cual se observa, ayuda, comunica, atiende, enseña; y contribuye además de la conservación de un estado de salud al su cuidado durante la enfermedad, hasta el momento que el paciente sea capaz de asumir la responsabilidad inherente a la plena satisfacción de sus propias necesidades básicas. Sin embargo, la forma como se brinda cuidados cuando el paciente se muestra con una conducta agresiva, es un factor determinante en la conservación del estado de salud del paciente que por consecuencia de la hospitalización prolongada se opone al cumplimiento de su tratamiento y no desea ser atendido. Es por ello, que con el desarrollo de la investigación se contribuirá a la ampliación del conocimiento acerca de la actitud del profesional de la enfermería ante el comportamiento agresivo que ha desarrollado el paciente por la hospitalización prolongada.

Desde el ámbito institucional, los resultados del estudio permitirán brindar un manejo para el control de su conducta agresiva a los pacientes que se encuentran internos en la Sala de Traumatología del Hospital Central de Maracay, realzando así la imagen del profesional de Enfermería que labora en dicha institución. Desde el punto de vista metodológico la investigación servirá de apoyo a estudios posteriores que pretendan profundizar más en este tema; y que pueda ser extensivo a otras áreas con situaciones similares a la Sala de Traumatología, porque en definitiva, tanto el paciente como la enfermera, son seres humanos que merecen ser tratados con respeto y ayuda mutua, para recuperar la totalidad de la salud por parte de uno y de desempeñarse en un ambiente de trabajo agradable por parte del otro.

Asimismo, el presente estudio representa beneficios para el personal de enfermería ya que se determina cual es la información y hasta que punto aplican sus conocimientos para precisar el rol en el cuidado a pacientes con conductas agresivas

Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!

en el Área de Traumatología del Hospital Central de Maracay; y con base en los datos recolectados se plantean las acciones o estrategias para optimizar el proceso de atención de enfermería y la promoción-resguardo del estado de salud.

Con relación al paciente, se mejoran sus necesidades y requerimientos para lograr determinar el manejo de las conductas agresivas brindado por el personal de enfermería es idóneo y por ende, se facilita una atención eficiente y eficaz en procura del resguardo de su estado de salud.

También, el presente estudio podrá ser tomando como antecedente a futuras investigaciones; ya que se podrá enfocar el mismo, para enriquecer la conformación del marco analítico, teórico y metodológico y en consecuencia aplicar una línea de estudio acorde con la particularidad objeto de estudio.

Created by eDocPrinter PDF Pro!!

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El Marco Teórico de una investigación, tiene como finalidad explicar los conceptos, teorías y demás posiciones de diferentes autores con respecto al proceso en estudio.

Al respecto, la Universidad Pedagógica Experimental Libertado en su Manual de Trabajos de Grado, de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales (2007) lo define como: "una revisión de los trabajos previos realizado sobre el problema en estudio y (o) de la realidad contextual en que se ubica" (p. 27).

Antecedentes de la Investigación

Las investigaciones consultadas para este trabajo son estudios que se adaptaron, con la finalidad de hacer firme la investigación y que fueron un aporte para sustentar el desarrollo del mismo.

Balestrini, M. (1998) expresa que los antecedentes de la investigación consisten en "referir en la medida de lo posible, otras investigaciones que se han realizado, inherentes al problema en estudio..." (p. 85), es decir, son trabajos de investigación anteriores, que por su relación con el tema ofrecen sustentos al investigador a la hora de desarrollar su investigación. En este sentido, la autora presenta seguidamente, obras y casos específicos donde se puede evaluar las contribuciones significativas en la determinación del tema desde el punto de vista analítico y metodológico.

Jenkins y Roche (2004) Realizaron un trabajo en la República de Irlanda, titulado "**Violencia y abuso verbal contra el personal de enfermería durante accidentes en el departamento de Emergencias**". El objetivo fue determinar la incidencia de abuso verbal y físico durante accidentes y dentro del departamento de

emergencia. Utilizaron como instrumento de investigación un cuestionario, que fue aplicado a 273 personas en 310 departamentos.

Los principales indicadores fueron frecuencia de agresión física y abuso verbal, lesiones, factores precipitantes, medidas de seguridad institucional y toma de acciones legales. Los resultados arrojaron que el alcohol, la espera prolongada y el uso de drogas, fueron la causa principal de la violencia. Entre las víctimas más comunes, agredidas por parte de los pacientes están las enfermeras. Los botones de pánico y las cámaras de video, fueron los mecanismos de seguridad más usados.

Dentro de las conclusiones obtenidas se destaca, que el personal dentro del departamento de Emergencia son frecuentemente agredidos, tanto física como verbalmente. La documentación sobre las agresiones es escasa. Los agresores son raramente encontrados culpables.

Su relación con el estudio que se realiza es que habla sobre las agresiones que afectan directamente al personal de enfermería, realizando un desglose teórico e interpretativos de situaciones similares a la existente en el HCM y que sirven como base para el desarrollo de planteamiento relacionado con el tema objeto de estudio.

Asimismo, García y Tovar (2006), desarrollo un estudio titulado "**Protocolo de Cuidados en la Atención del Paciente con politraumatismo en la Unidad de Emergencia del Hospital Central de Maracay**". Universidad Nacional Experimental "Rómulo Gallegos"; El trabajo se enmarcó en la modalidad de proyecto factible, de campo de carácter descriptivo y documental, cuyo objetivo de investigación fue establecer una serie de lineamientos para atender al paciente con politraumatismo en la unidad de emergencia del HCM; donde el marco conceptual estuvo integrado por definiciones y teorías de enfermería que se ajustan al trabajo realizado; desarrollado bajo la modalidad proyecto factible sustentado en una investigación de campo de carácter descriptivo con apoyo en la revisión documental.

Donde la población y muestra estuvo integrada por las treinta y dos (32) personas integrantes de los distintos turnos de la unidad de emergencia. Las técnicas e

instrumentos de recolección aplicadas fueron la observación directa-registro de información y la encuesta-cuestionario.

Los resultados obtenidos permitieron evidenciar la necesidad de mejorar acciones educativas, así como los lineamientos que se deben aplicar para atender de manera efectiva a los pacientes que presentan politraumatismo.

El aporte de este estudio al presente trabajo está basado en las clínicas de enfermería o acciones que deben aplicarse al paciente que acude a la unidad de emergencia en el Hospital, y las acciones que se deben emplear, siendo su relación la necesidad de establecer protocolos de cuidados en la atención de pacientes politraumatizados.

Todos los trabajos de investigación que se utilizaron para la elaboración de los antecedentes para el estudio, parecen los más idóneos ya que refieren de manera amplia sobre las variables a utilizar en este trabajo, como son las conductas agresivas, las salas de traumatología y los pacientes con hospitalización prolongada, todo lo cual guarda estrecha relación entre el tema elegido y las tesis investigadas.

Bases Teóricas

Las bases teóricas representan el sustento de la investigación, a través de la presentación de autores y teorías relacionados con el tema, que permiten comprender y ubicar el contexto de la investigación.

Balestrini, M (1998) expresa que las bases teóricas son “los conceptos en relación a las operaciones que representarán en la investigación, en términos de hechos observables” (p 99). Por otra parte Arias, F (2001) define las bases teóricas como la “ubicación del problema en un enfoque teórico determinado.” (p. 55). En función de las citas antes planteadas, se puede concluir que las bases teóricas son los soportes teóricos que sustentan la realidad de los hechos que serán investigados durante el transcurso de la investigación.

La esencia de la naturaleza de Enfermería y el papel "fundamental" del ejercicio profesional de la enfermera según Perdomo, T. (1991) es:

El Cuidado del Ser Personal y de la Vida Humana individual y colectiva a través de todo su proceso evolutivo y el Cuidado del Entorno Físico y Social en el cual se van desarrollando la persona y la vida de los individuos y de las comunidades. (p.41)

La atención de enfermería, aunque se proporcione con el enfoque de Especialista, no desintegra la persona humana de su realidad bio-síquica-social-cultural-espiritual indivisible, ni la separa de su contexto personal, familiar y comunitario. Por ello, cualquiera sea el trabajo que desempeñe, está frente al proceso cíclico de la vida humana: bienestar- salud- enfermedad.

Las funciones de enfermería se pueden describir por el grado de dependencia hacia otros profesionales. Según este criterio existen:

Cuando se refiere al rol asistencial va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyarle en la recuperación de los procesos patológicos. Las actividades asistenciales se realizan en:

1. Medio hospitalario:

Es el que más ha dado a conocer a la enfermería hasta hace unos años. La asistencia en este medio se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles de atención de salud y sus actividades se resumen en (a) atender las necesidades básicas y (b) aplicar cuidados para la reducción de los daños provocados por la enfermedad.

2. Medio Extrahospitalario/comunitario: El personal de enfermería desarrolla una función asistencial en este medio desde una interpretación como miembro de un equipo de salud comunitaria compartiendo actividades y objetivos.

La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de transmitirla. Por una parte la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional sanitario que es y como parte de sus actividades deseará intervenir en el proceso de educación para la salud.

Actuaciones de Enfermería

Tomando como referencia el planteamiento de Iyer, M. (2003)

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (p. 125).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos de enfermería como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos de enfermería.

- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.

La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Conducta

La conducta es el comportamiento que puede ser innato o producto del aprendizaje, y de éste puede estar regido por principios experimentales establecidos en el análisis experimental de la conducta o por otros enfoques pertinentes.

García, B. (2000) señala que: "La conducta humana es el comportamiento interno y externo del hombre. Es su actividad interna y externa su obra." (p.78). En la actividad interna y externa del hombre aparece integradas tres (3) áreas vinculadas: (a) El área racional (intelectual), (b) El área afectiva y (c) El área del cuerpo. Ahora bien, cabe distinguir las conductas con intención o voluntad (intencionales) y las restantes conductas (actividad fisiológica general). Por ejemplo: respiración, digestión, entre otros.

La conducta humana es objeto de estudio obligatorio para terapeutas, educadores, orientadores y todo profesional que trabaje con personas. Al respecto, Moles, J (1991); expresa que

las conductas denominadas innatas o incondicionadas se deben a la acción de los centros y vías que se integran al sistema nervioso, el cual es el principal responsable de las acciones sensoriales y motoras observadas en los primeros meses de vida de un niño. Sobre este fundamento, parecen entonces las conductas aprendidas en que la ejecución ocurre por decisión

o no del sujeto, dependiendo, claro está, de factores ambientales pero involucrados el sistema nervioso como un todo sistémico. (p.48).

En esta línea de pensamiento se puede definir la conducta como toda reacción observable en un sujeto, y se pueden distinguir conductas verbales, musculares y glandulares (Moles, J ob.cit.). En relación a este concepto, se puede afirmar en consecuencia que ante un estímulo del entorno, el individuo emite una respuesta, siendo observados los cambios que se producen en el organismo como un todo.

Todas las definiciones de conducta propuestas hasta ahora enfatizan el hecho de que la conducta se reduce a una interrelación entre el estímulo que recibe el individuo y la respuesta que emite en consecuencia; pero este proceso es modelado y fundamentalmente limitado por los mecanismos intrínsecos de la maduración, en otras palabras, por los determinantes del crecimiento que operan aún enérgicamente en plena edad escolar

Conducta Agresiva

No se puede hablar propiamente de "conducta agresiva" como si se tratase de una única forma de conducta, sino de distintas formas de agresión. La agresividad puede expresarse de muy diversas maneras y no son rasgos estables y constantes de comportamiento, por lo que debemos tener en cuenta la situación estímulo que la provoca.

Frecuentemente, la violencia es una forma de comunicación social, en cuanto a que tiene una probabilidad muy alta de amplificar la comunicación, pudiendo servirle al violento, entre otras cosas, para la afirmación y defensa de la propia identidad.

¿Existen las personalidades agresivas?. Si tenemos en cuenta las definiciones propuestas por el DSM-IV (1996) y el CIE 10 (2004), las conductas agresivas son un tipo de trastorno del comportamiento y/o de la personalidad, que trasciende al propio sujeto. Parece haber una gran estabilidad o consistencia longitudinal en la tendencia a mostrarse altamente agresivo con independencia del lugar y del momento.

Aunque la agresividad puede tomar diversas formas de expresión, siempre tendrá como característica más sobresaliente el deseo de herir. El agresor sabe que a su víctima no le gusta lo que está haciendo y, por tanto, no tiene que esperar a que el grupo evalúe su comportamiento como una violación de las normas sociales, sino que la víctima ya le está proporcionando información directa sobre las consecuencias negativas de su acción, lo cual hace que, con frecuencia, se refuercen y se mantengan esas mismas conductas. Es lo que se conoce como "Agresividad hostil o emocional", y habrá que distinguirla de otro tipo de conducta agresiva que no tiene la finalidad de herir, la llamada "Agresividad instrumental", que es "la que sirve de instrumento para...". Es por ello, que hay que distinguir los agresores con orientación instrumental, que suelen ser aquellos que quieren demostrar ante el grupo su superioridad y dominio, de los agresores hostiles o emocionalmente reactivos, aquellos que usan la violencia porque se sienten fácilmente provocados o porque procesan de forma errónea la información que reciben y, además, no cuentan con respuestas alternativas en su repertorio. No son frecuentes los comportamientos agresivos mixtos, es decir, los que reúnen ambas condiciones.

Existen diversas teorías acerca de la agresividad, cada una de las cuales contribuye a explicar una dimensión del fenómeno. En 1983, Mackal efectuó una clasificación según el elemento que considera determinante para su formulación y las englobó en 6 epígrafes:

Teoría Clásica del Dolor: Según Hull, L. (1943) y Pavlov, P (1963) "el dolor está clásicamente condicionado y es siempre suficiente en sí mismo para activar la agresión en los sujetos". (p.36). Es decir, el ser humano procura sufrir el mínimo dolor y, por ello, agrede cuando se siente amenazado, anticipándose así a cualquier posibilidad de dolor. Si en la lucha no se obtiene éxito puede sufrir un contraataque y, en este caso, los dos experimentarán dolor, con lo cual la lucha será cada vez más violenta. Hay, por tanto, una relación directa entre la intensidad del estímulo y la de la respuesta.

Teoría de la Frustración. Para Dollard, C.; Millar, K. y col., (1938) "cualquier agresión puede ser atribuida en última instancia a una frustración previa". (p.514). El estado de frustración producido por la no consecución de una meta, provoca la aparición de un proceso de cólera que, cuando alcanza un grado determinado, puede producir la agresión directa o la verbal. La selección del blanco se hace en función de aquel que es percibido como la fuente de displacer, pero si no es alcanzable aparecerá el desplazamiento.

Teorías Sociológicas de la Agresión. Al respecto Durkheim, E. (1938) comenta "la causa determinante de la violencia y de cualquier otro hecho social no está en los estados de conciencia individual, sino en los hechos sociales que la preceden". (p.12). El grupo social es una multitud que, para aliviar la amenaza del estrés extremo, arrastra con fuerza a sus miembros individuales.

La agresividad social puede ser de dos tipos: individual, es fácilmente predecible, sobre todo cuando los objetivos son de tipo material e individualista, o bien grupal. Esta última no se puede predecir tomando como base el patrón educacional recibido por los sujetos, sino que se predice por el referente comportamental o sujeto colectivo, el llamado "otro generalizado", al que respetan más que a sí mismos y hacia el cual dirigen todas sus acciones.

Teoría Catártica de la Agresión: surge de la teoría psicoanalítica (aunque hay varias corrientes psicológicas que sustentan este concepto), la cual considera que la catarsis es la única solución al problema de la agresividad. Supone una descarga de tensión a la vez que una expresión repentina de afecto anteriormente reprimido cuya liberación es necesaria para mantener el estado de relajación adecuado Hay dos tipos de liberación emotiva: la catarsis verbalizada y la fatiga.

Etología de la Agresión: Durkheim, E. (1938) referido por Conde, J. (2001). comenta que "Entienden la agresión como una reacción impulsiva e innata, relegada a nivel inconsciente y no asociada a ningún placer". (p.82). Las teorías psicoanalíticas hablan de agresión activa (deseo de herir o de dominar) y de pasividad (deseo de ser

dominado, herido o destruido). No pueden explicar los fines específicos del impulso agresivo, pero sí distinguen distintos grados de descarga o tensión agresiva.

Teoría Bioquímica o Genética: Vincent Bordet (1961) referido por Conde, J. (2001). "el comportamiento agresivo se desencadena como consecuencia de una serie de procesos bioquímicos que tienen lugar en el interior del organismo y en los que desempeñan un papel decisivo las hormonas".(p.31). Se ha demostrado que la noradrenalina es un agente causal de la agresión.

Lo que parece quedar claro de todo lo anterior es que, aunque la agresividad está constitucionalmente determinada y aunque hay aspectos evolutivos ligados a la violencia, los factores biológicos no son suficientes para poder explicarla, puesto que la agresión es una forma de interacción aprendida.

Otros factores implicados en el desarrollo de la agresividad son los cognitivos y los sociales, desde cuyas vertientes se entiende la conducta agresiva como el resultado de una inadaptación debida a problemas en la codificación de la información, lo cual hace que tengan dificultades para pensar y actuar ante los problemas interpersonales y les dificulta la elaboración de respuestas alternativas. Estos déficits socio-cognitivos pueden mantener e incluso aumentar las conductas agresivas, estableciéndose así un círculo vicioso difícil de romper.

Cuando un individuo agresivo es rechazado y sufre repetidos fracasos en sus relaciones sociales, crece con la convicción de que el mundo es hostil y está contra él, aunque esto no le impide que se autovalore positivamente. Sin embargo, para orientar su necesidad de relaciones sociales y manejar positivamente su autoestima busca el apoyo social de aquellos con los que se siente respaldado, que son los que comparten con él sus estatus de rechazados, creándose así pequeños grupos desestabilizadores dentro del grupo.

Tampoco se debe olvidar la influencia que tienen los factores de personalidad en el desarrollo de la agresividad, puesto que el agresor suele mostrar una tendencia significativa hacia el psicoticismo. Le gusta el riesgo y el peligro y posee una alta extraversión que se traduce en el gusto por los contactos sociales, aunque en ellos

habitualmente tiende a ser agresivo, se enfada fácilmente y sus sentimientos son variables. Todo lo anterior hace que este individuo tienda a tener "trastornos de conducta" que le lleven a meterse en problemas con sus iguales e incluso con adultos.

Sin menospreciar los factores biológicos, los cognitivos, los sociales y los de personalidad, los factores que cobran un papel especialmente importante en la explicación de la aparición de conductas violentas, son los factores ambientales. Cobra especial importancia el papel de la familia puesto que si la agresividad como forma de resolver problemas interpersonales suele tener su origen al principio de la infancia, parece claro que en buena parte se deba fraguar en el ambiente familiar.

El modelo de familia puede ser predictor en la actitud del individuo, puesto que el clima socio-familiar interviene en la formación y desarrollo de las conductas agresivas. Los cuales generalmente perciben en su ambiente familiar cierto grado de conflicto. Las conductas antisociales que se generan entre los miembros de una familia les sirven a los jóvenes de modelo y entrenamiento para la conducta antisocial que exhibirán en otros ambientes, debido a un proceso de generalización de conductas antisociales.

Tal como dicen Edmunds y Kendrick citando a Bandura (2002, p. 15), introducirse en el tema de la agresividad es entrar en una "jungla semántica". Se han dado muchas definiciones a la agresión, en las cuales lo común sería la noción que incorpora Buss de "una respuesta que se vuelve un estímulo nocivo para otro organismo"; el aspecto diferencial sería la inclusión del concepto de "intención" en el daño producido, el cual por algunos fue considerado innecesario por su condición mentalista y no es apropiado para un análisis riguroso.

El problema es que, obviamente, muchas situaciones en las cuales un individuo daña a otro no constituyen agresión, debido a la falta de intención. De este modo, Geen (1976, citado por Edmunds y Kendrick, 1980, p. 15), sostiene que el concepto de agresión debe incluir tres aspectos: la producción de un estímulo nocivo, el intento de dañar y el hecho de que el ataque tenga una probabilidad mayor a cero de ser exitoso.

Una de las definiciones más aceptadas es la de "la producción de un estímulo nocivo de un organismo hacia otro con la intención de provocar daño o con alguna expectativa de que el estímulo llegue a su objetivo y tenga el efecto deseado" (Russell, 1976, citado Edmunds y Kendrick, 1980, p. 16)

Otra definición de agresión, la cual encontramos en la perspectiva etológica afirma que " un animal actúa agresivamente cuando inflige, trata de infligir o amenaza con infligir daño a otro animal. El acto va acompañado de síntomas de conducta reconocibles y cambios fisiológicos definibles [...]La agresión puede trasladarse hacia objetos no humanos o inanimados, ". (J.D. y Ebling, F.J, 1966, referido por Conde, J. (2001). Es interesante notar aquí la inclusión de la respuesta fisiológica en el concepto de agresión

La hostilidad constituiría un concepto relacionado con la agresividad, pero no es sinónima a ella. Sería una actitud, una "respuesta verbal implícita que envuelve sentimientos negativos (mala voluntad) y evaluaciones negativas de personas y acontecimientos" (Veness, 1996, p. 1 18). Constituiría una respuesta bastante estable, donde se encuentra una generalización tanto del estímulo como de la respuesta, de modo tal que las respuestas de la víctima para apartar la hostilidad pueden exacerbarla. Una respuesta puede ser hostil sin ser agresiva, ya no implica realización de actos. Edmunds y Kendrick(1980) asocian el concepto de hostilidad a la agresión reforzada por el daño realizado al otro.

La hostilidad sería el producto de repetidos castigos por parte de los otros llevaría a un disgusto generalizado por la humanidad, y a percibir el dolor y la incomodidad de las personas como reforzante; en cambio, la agresividad instrumental sería la disposición a emplear estímulos nocivos como un medio de adquirir refuerzos extrínsecos. Entonces según estos autores, se debería asociar "agresividad" con actos que produzcan daño en el otro en búsqueda de refuerzos extrínsecos y "hostilidad" con actos que produzcan daño en el otro en búsqueda de refuerzos intrínsecos.

Una interesante visión entrega Lolas, T. (1991), quien distingue entre los conceptos de agresividad, agresión y violencia. De acuerdo a esta perspectiva, la

agresividad es un término teórico, un constructo que permite organizar determinadas observaciones y experiencias, que sirve para integrar datos "objetivos" a nivel de conducta motora, fisiología y vivencia (o subjetividad expresada en el lenguaje). El término agresión se reservaría para conductas agonistas caracterizadas por su transitividad (la conducta pasa de un agresor a un agredido), su direccionalidad (siempre la agresión tiene un objeto) y una intencionalidad (el agresor busca dañar, el agredido busca escapar). Por otra parte, la violencia sería la manifestación o ejercicio inadecuado de la fuerza o poder, ya sea por la extemporaneidad o por la desmesura, no existiendo intencionalidad por parte del agente o del paciente de la acción. De este modo existen gestos violentos pero no agresivos (deportes rudos) y actos agresivos pero no violentos (omisión de gestos de ayuda). La violencia está presente en toda nuestra vida es difícilmente previsible; la agresividad, en cambio, requiere una intencionalidad que la hace diferente en sus causas aunque tal vez no en sus efectos.

Características de la conducta agresiva

Dentro de las características de la conducta agresiva, definidas por Casal y López, (2001) se describen las siguientes:

- Accesos de cólera.
- Actos de desobediencia ante la autoridad y las normas del hogar.
- Amenazas verbales.
- Daños a cosas materiales.
- Deterioros en la actividad social y académica por episodios de rabias.
- Discusiones con los hermanos, con los padres y otros integrantes de la familia.
- Gritos.
- Molestar a otros integrantes de la familia.
- Mostrarse iracundo o resentido.
- Pleitos.

Todas estas características deben presentarse en una frecuencia, intensidad y duración adecuados para pensar se trate de un patrón conductual.

Algunas características casi universales del comportamiento agresivo son: (a) Altamente impulsivos, (b) Relativamente refractarios a los efectos de la experiencia para modificar su conducta problema, (c) Carencia de habilidad para demorar la gratificación y (d) Baja tolerancia a las frustraciones.

Causas del comportamiento agresivo

Existen varias razones que enmarcan las posibles causas de la agresión infantil, entre las cuales se pueden mencionar:

1. Considerar la presencia de factores biológicos en el origen de estas conductas. Se apoyan en tres investigaciones: a) una disfunción de los mecanismos inhibitorios del sistema nervioso central; b) el surgimiento de una emocionalidad diferente; y c) efectos de los andrógenos sobre la conducta de los humanos.

2. Las teorías psicodinámicas, que consideran que existen factores innatos en el individuo que lo llevan a presentar una conducta agresiva. Es una búsqueda de placer, es un instinto primario (destrucción o muerte).

3. Las teorías del aprendizaje, que son las que abordaremos en este tema.

Numerosas teorías psicológicas plantean que la agresión, es un patrón de respuestas adquiridas en función de determinados estímulos ambientales (familiares) según una variedad de procedimientos.

La mayoría de los individuos han aprendido a desempeñar su rol a través de la observación de su propia crianza, es por ello una generalidad que se repitan los mismos patrones de crianzas que sus padres usaron con ellos, y que en el sistema cultural venezolano se ha basado en el sexismo, el machismo y el autoritarismo. Términos éstos que generan una gran cantidad de errores de concepto y que la misma evolución social venezolana se ha encargado de modificar en el tiempo, pero que sin embargo siguen causando estragos en la propia estructura social venezolana.

Como parte del proceso de socialización, las inclina padres necesitan estar conscientes de la influencia que ellos ejercen sobre su entorno a través de su ejemplo, lo cual según el aprendizaje social dice que los seres humanos aprenden formas de comportarse en base al comportamiento de sus familiares.

Partiendo de la opinión de los autores antes mencionados, que las conductas agresivas tienen su origen y mantenimiento en el seno familiar, el Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela, de corriente cognitivo conductual, ha elaborado una serie de recomendaciones para obtener un buen estilo de vida y educación para su entorno social, estas son:

1. La comunicación frecuente y satisfactoria entre familias.
2. Incentivar la colaboración mutua entre todos los integrantes del ambiente laboral.
3. Demostraciones efectivas de afecto entre su entorno familiar, laboral y social.
4. La reunión para establecer las normas, dar y recibir afecto y compartir en los diversos entornos individuales.
5. Estimular la confianza del personal.
6. Propiciar la asertividad en cada uno de las masas cotidianas.
7. Tomar en cuenta la recreación como parte de la vida personal.
8. Establecer en el hogar de forma clara y precisa, los deberes y derechos de cada uno de los integrantes de la familia y exponer la responsabilidad de asumir las consecuencias de los actos cometidos.

Si pese a lo antes descrito, estas conductas aumentan en frecuencia y se mantienen en el tiempo, alterando en buen funcionamiento del individuo y su familia, entonces es hora de acudir a una ayuda especializada. Tomando como soporte los antes descrito se propone el siguiente plan de tratamiento de los actos violentos.

1. Diagnóstico preciso y evaluación eficiente de la conducta agresiva. A través de una buena historia clínica, es importante realizar una etiología conductual de la conducta agresiva, y una definición operativa de la misma. Con el diagnóstico preciso se planifica el tratamiento a seguir.

2. Terapia de la Conducta. Orientada específicamente hacia la conducta problema y su tratamiento, aplicando técnicas de modificación conductual.

3. Terapia Familiar. Durante este proceso, el terapeuta evaluará a la familia en relación a: la comunicación, las relaciones familiares, las estructuras de poder, el binomio autoridad-afecto, entre otros.

4. Entrenamiento Familiar. Se procede a entrenar a los integrantes del grupo como generadores de conductas entre ellos mismos, con técnicas de aplicación de castigos, reforzamiento, modelamiento etc.

5. Terapia Cognitiva. A través de la intervención de los procesos cognitivos (pensamientos) del individuo, se aclaran conceptos, se tumban mitos, se incluyen visualizaciones, programación neurolingüística, entre otros. (Ballesteros y Cortés, 2000).

Para concluir se puede decir que la agresividad es una conducta no operativa, que trae consecuencias a corto y largo plazo para quien la emite y para quienes lo rodean, pudiendo llegar a convertirse en una manera de comportarse, como forma general de cotidianidad y desencadenar sucesos realmente lamentables para todos los involucrados. Además la familia y sus diversos entornos surgen como generadora de las conductas agresivas.

Manifestaciones de la Conducta agresiva

Álvarez, A (2002) comenta que "La agresividad puede manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo: físico, emocional, cognitivo y social". (p.59). Su carácter es polimorfo.

Físicas

Se puede presentar en el nivel físico, como lucha con manifestaciones corporales explícitas. Por ello, son incluye pugnacidad y formar parte de las

relaciones de poder/sumisión, tanto en las situaciones diádicas (de dos personas) como en los grupos.

En su sentido más estricto, puede entenderse como "conducta dirigida a causar lesión física a otra persona". La intención de causar daño puede manifestarse de distintas maneras, unas más implícitas y ritualizadas (enseñar las uñas, gruñir,...), otras más explícitas (golpear, arañar,...).

La agresividad presenta elementos de ataque y retirada. Por ello, se implica con otras conductas de autoprotección. Amenaza, ataque, sumisión y/o huida se presentan muy asociadas en la naturaleza. Dentro de las manifestaciones se destacan:

Forzar situaciones económicas.

- Molestar a otros integrantes de la familia.
- Daños a cosas materiales.
- Amenazas físicas

Golpes

Según Gómez (2005) "el golpe es una manifestación de conducta agresiva que se define como un "Impacto o contacto con un cierto grado de fuerza; choque violento de dos cuerpos; movimiento brusco; contrariedad o infortunio repentino". (p.48). En el caso de la investigación, los golpes se convierte en una manifestación de agresividad física experimentada por los pacientes durante su permanencia en el Hospital Central de Maracay, donde por lo general van dirigidos a los profesionales de enfermería.

Patadas

Gómez (2005) define patada como "una patada es un golpe con el pie, la rodilla o la pierna." (p.59). Cabe destacar, que las patadas son, por lo general, más lentas que los puñetazos aunque más fuertes que éstos y es una manifestación frecuentes en los

pacientes del área de traumatología del Hospital Central de Maracay, como una forma de mostrar su inconformidad y molestia ante su situación actual.

Verbal

En este plano puede presentarse como rabia o cólera, manifestándose a través de la expresión facial y los gestos o a través del cambio del tono y volumen en el lenguaje, en la voz.

Cabe destacar, que la desproporción es como ver las cosas en una magnitud demasiado alta como para solucionarlos y la respuesta automática se traduce en un insulto, desprecio, crítica, golpe, amenaza, entre otras, todas ellas son conductas que buscan el castigo de la otra u otras personas. La conducta agresiva se caracteriza por:

- Gritos.
- Pleitos.
- Dejar de hablarle al otro o los otros.
- Amenazas verbales.
- Discusiones con las personas cercanas o de la familia.

Insultos

El insulto es considerado por Pérez (2005)

Cualquier palabra que sea utilizada por el emisor con la intención de lastimar u ofender a otro individuo o que es considerada por el receptor como tal. Qué constituye o no un insulto es difícil de determinar con precisión, ya que se halla sujeto a convencionalismos sociales y culturales. (p.32).

No obstante, la precisión de lo que es insulto depende en gran medida de la apreciación de quien recibe esta manifestación verbal, más sin embargo los profesionales de enfermería del Hospital central manifiestan que han experimentado insultos durante sus jornadas laborales.

Gritos

De acuerdo con López, G. (2006) el grito es una "Emisión intensa de voz que expresa una gran emoción o dolor" (p. 16). Es decir, el sonido característico que producen los seres humanos para mostrar o informar al resto de las personas sus sentimientos o emociones. Para efectos de la investigación es considerado como una manifestación de conducta agresiva a nivel verbal.

Gestos

La kinesica o quinésica estudia el significado expresivo, apelativo o comunicativo de los movimientos corporales y de los gestos aprendidos o somatogénicos, no orales, de percepción visual, auditiva o táctil, solos o en relación con la estructura lingüística y paralingüística y con la situación comunicativa. También es conocida con el nombre de comportamiento kinésico o lenguaje corporal.

Según López, G. (2006) puede definirse como "el término amplio usado para las formas de comunicación en los que se intervienen movimientos corporales y gestos, en vez de (o además de) los sonidos, el lenguaje verbal u otras formas de comunicación". (p.34). Es decir, junto con la proxémica y la paralingüística, forma parte de los tres aspectos más sobresalientes de la comunicación no verbal

Psicológicas

En este nivel, pueden estar presente como fantasías destructivas, elaboración de planes agresivos o ideas de persecución propia o ajena. Este representa el marco en el cual, de una manera o de otra, toma forma concreta la agresividad.

Considerando la existencia de cuatro emociones básicas: alegría, tristeza, miedo y rabia, esta última sería la más próxima a la ira. Cuando se manifiestan en sentido pleno, la rabia es una emoción incompatible sincrónicamente con la tristeza, del mismo modo que lo son entre sí el miedo y la alegría. Tanto la rabia como la alegría

tienen un carácter expansivo. Por su parte, la tristeza y el miedo se manifiestan corporal y cognitivamente con carácter retractivo. Dentro de las manifestaciones psicológicas se destacan:

- Deterioros en la actividad social y académica por episodios de rabias.
- Mostrarse iracundo o resentido.
- Accesos de cólera.
- Actos de desobediencia ante la autoridad y las normas sociales.

Numerosas teorías psicológicas plantean que la agresión, es un patrón de respuestas adquiridas en función de determinados estímulos ambientales (familiares) según una variedad de procedimientos; algunos de ellos son:

La agresión adquirida por condicionamiento clásico por el uso de los premios y castigos para moldear la conducta. Ellis (1986).

La agresión aprendida socialmente a través de la observación. Bandura (1986)

La teoría de Aprendizaje de Skinner (1952), que evidencia que la agresión es adquirida por condicionamiento operante.

Maslow (1964) da a la agresión un origen cultural "es una reacción ante la frustración de las necesidades biológicas o ante la incapacidad de satisfacerlas".

Mussen y otros (1990), nos dicen que la agresión es resultado de las prácticas sociales de la familia y que los niños que emiten conductas agresivas, provienen de hogares donde la agresión es exhibida libremente, existe una disciplina inconsistente o un uso errático del castigo.

Las personas vamos modelando las conductas a partir de dos modelos originales, papá y mamá, o las personas que son las encargadas de la crianza, ya que vamos aprendiendo el rol a través de la observación de las conductas de los padres y llegamos inconscientemente a comportarnos de la misma manera, ya que el niño no tiene en sus primeros años la capacidad de discriminar entre lo que es sano y no sano y adopta la conducta hasta convertirla en algo natural para él.

Histeria

La histeria (del francés hystérie, y éste del griego ὑστέρα, «útero») según González, F (2004)

Es una afección psicológica que pertenece al grupo de las neurosis y que padece el uno por ciento de la población mundial. Se encuadra dentro de los trastornos de somatización y se manifiesta en el paciente en forma de una angustia al suponer que padece diversos problemas físicos o psíquicos. En tanto que neurosis, no se acompaña nunca de una ruptura con la realidad (como en el delirio) ni de una desorganización de la personalidad. Técnicamente, se denomina conversión histérica. (p.14)

Es decir, durante esta manifestación el paciente esta concientes de su realidad no está enfermo, pero ciertas regiones son, manifiestamente, sede de una actividad anormal, y determinados circuitos parecen encontrarse transitoriamente bloqueados por una especie de parálisis funcional, considerados trastorno de somatización.

Ansiedad

La ansiedad (del latín anxietas, angustia, aflicción) de acuerdo con González, F (2004)

Es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel 'adecuado'; o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado. (p.16).

Por lo tanto, la ansiedad no siempre es patológica o mala: es una emoción común, junto con el miedo, la ira, tristeza o felicidad, y tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, es decir es un estado de excitación en el individuo.

Factores Individuales. A continuación serán descritos algunos factores de riesgo de la conducta agresiva y antisocial, relacionados con influencias genéticas y biológicas, aspectos temperamentales, emocionales y cognoscitivos. (Ballesteros T. y Cortes, F. 2000).

Factores Biológicos. Cuando activan éstas áreas en el interior del cerebro aumenta la hostilidad; cuando las desactivan, disminuye. Por tanto se puede provocar furia en animales dóciles y se puede volver sumisos a animales feroces.

Efectos comparables han sido observados con pacientes humanos. Después de recibir estimulación eléctrica indolora en su amígdala (parte del cerebro interno), una mujer se encolerizó y estrelló su guitarra contra la pared, pasando cerca de la cabeza de su psiquiatra.

Hay evidencias de que las emociones implican la activación de uno de los dos sistemas cerebrales básicos: el aversivo (negativo), que controla el comportamiento de rechazo, o el apetitivo, (Positivo), del que depende el comportamiento de aproximación. De igual forma, en diferentes estudios se ha comprobado que los centros básicos de las emociones en el cerebro son estructuras subcorticales que aparecieron y se seleccionaron en las primeras etapas de la evolución para controlar los comportamientos de aproximación y huida. (Linas, T. 2003)

A partir de estos estudios, diferentes investigaciones, han encontrado que una baja actividad en la corteza predispone a la violencia por una serie de razones, en el plano neuropsicológico, un funcionamiento prefrontal reducido puede traducirse en una pérdida de inhibición o control de estructuras subcorticales filogenéticamente más primitivas, como la amígdala que se piensa esta relacionada con la generación de emociones agresivas; en el plano comportamental se evidencian conductas arriesgadas, irresponsables, transgresoras de las normas con arranques emocionales y agresivos que pueden predisponer a actos violentos. (Raine I. y Sanmartín, J. 2000).

En el plano de la personalidad, las lesiones frontales en pacientes neurológicos se asocian con impulsividad, pérdida del autocontrol, inmadurez, falta de tacto, incapacidad para modificar e inhibir el comportamiento de forma adecuada, lo que puede predisponer a la violencia, a nivel social la pérdida de flexibilidad a nivel intelectual y de las habilidades para resolver problemas, así como la merma de capacidad para usar la información suministrada por indicaciones verbales que nacen del mal funcionamiento prefrontal, pueden deteriorar seriamente habilidades sociales necesarias, para plantear soluciones no agresivas a los conflictos.

Pacientes a los que se les ha seccionado el cuerpo caloso tienen grandes dificultades para expresar sus emociones y son incapaces de comprender las implicaciones a largo plazo de cualquier evento o situación. (Llinas, T. 2003; Raine I. y Sanmartín, J. 2000).

La amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal se integran en el sistema límbico que gobierna la expresión de las emociones, a la vez que el tálamo transmite inputs (salidas) desde las estructuras subcorticales límbicas hasta la corteza prefrontal, así mismo, el hipocampo, la amígdala, y el tálamo, son de gran importancia para el aprendizaje, la memoria, y la atención. Anormalidades en su funcionamiento pueden, pues, relacionarse con deficiencias a la hora de dar respuestas condicionadas al miedo, como con la incapacidad de aprender de la experiencia, deficiencias, estas que caracterizan a los delincuentes violentos.

La amígdala juega además un papel importante en el reconocimiento de los estímulos afectivos y socialmente significativos, por lo que su destrucción se traduce en una carencia de miedo y, en el caso del ser humano en una reducción de la excitación autónoma. (Raine I. y Sanmartín, J. 2000).

Lesiones en la amígdala producen el síndrome de Kluver – Bucy, en el cual los animales, y los humanos también se muestran inusualmente placidos e inusualmente indiferentes. Una característica de los humanos con lesiones en la amígdala es que carecen de la vehemencia requerida para iniciar o completar los actos más simples y parecen incapaces de generar los sentimientos emocionales que generalmente

acompañan a situaciones amenazantes o incluso dolorosas resulta aún más interesante que los individuos tampoco reconocen el contexto de peligro, pese a tener intacto el resto de la perspectiva sensorial o motora; lo cual los lleva a ser mucho más impulsivos sin prever la consecuencia de sus actos, lo cual será discutido más adelante en relación a la conducta agresiva. (Raine I. y Sanmartín, J. 2000)

También se ha demostrado que emociones negativas perdurables en el tiempo, generan lesiones en el núcleo amigdalino, incrementando conductas aversivas y agresivas ante otras personas. (Llinas, T. 2003; Raine I. y Sanmartín, J. 2000)

Con respecto a las emociones Reeve, R. (2003) quienes estudian la emoción desde un punto de vista cognitivo, social o cultural, los acontecimientos biológicos no necesariamente son los aspectos más importantes de la emoción, Las emociones emergen de procesos biológicos pero también del procesamiento de información, de la interacción social y de contextos culturales.

En cuando a la agresión consideran que si la necesidad de poder se centra en deseos de impactar, controlar e influir sobre otros, la agresión debe ser un medio tanto para involucrar como para satisfacer las necesidades de poder. Hasta cierto punto, la relación entre la necesidad de poder y la agresión es cierta, ya que los hombres con grandes ansias de poder se involucran en más discusiones y participan con más frecuencia en deportes competitivos.

Las inhibiciones y restricciones sociales reprimen mucho la expresión de agresión de las personas que buscan poder, pero cuando las inhibiciones sociales se olvidan, los hombres con gran necesidad de poder son más agresivos que aquellos con escasa necesidad de poder.

Influencias bioquímicas. La química sanguínea es otra influencia sobre la sensibilidad neutral a la estimulación agresiva. Tanto los experimentos de laboratorio como los datos policíacos indican que cuando las personas son provocadas el alcohol disminuye las restricciones sobre la agresión. También aumenta la agresividad al reducir la autoconciencia de las personas y su habilidad para considerar los resultados de sus acciones. De la misma manera la disminución del azúcar en la sangre puede

aumentar la agresividad. En los machos, la agresividad es influida por la hormona sexual masculina, la testosterona.

Aunque las influencias hormonales parecen mucho más intensas en los animales inferiores que en los humanos, los fármacos que disminuyen los niveles de testosterona en varones humanos violentos atenuan sus tendencias agresivas.

Después de los 25 años de edad disminuyen tanto la testosterona como los índices de criminalidad violento. Entre prisioneros hombres y mujeres sentenciados por crímenes violentos injustificados los niveles de testosterona tienden a ser mayores que entre aquellos encarcelados por crímenes no violentos. Y entre el rango normal de varones adolescentes y adultos, aquellos que tienen niveles altos de testosterona son más propensos a la delincuencia, al uso excesivo de drogas y a responder agresivamente a la provocación.

Habilidades sociales e interacción con otros. La empatía analizada desde una perspectiva multidimensional que incluye componentes cognitivos y emocionales, se ha relacionado con la conducta agresiva, y con la conducta prosocial. Se han encontrado dos componentes centrales de la empatía, la preocupación empática (sentimientos de preocupación de tristeza ante la necesidad de otra persona, y la toma de perspectiva (la habilidad para comprender el punto de vista de la otra persona).

De esta forma diferentes estudios han concluido que personas empáticas son menos agresivas por su sensibilidad emocional y su capacidad para separar las consecuencias negativas potenciales para él mismo, y los otros que se pueden derivar de la agresión; por tanto la empatía aparece negativamente relacionada con la conducta agresiva y positivamente relacionada con la conducta prosocial.

A través de diferentes estudios se ha encontrado que la empatía tiene una función moduladora en la conducta prosocial y en la conducta agresiva, facilitando la conducta prosocial e inhibiendo la agresiva; presentando así mecanismos de autocontrol e impulsividad para cada caso.

Otra perspectiva es la del modelo de la deficiencia conductual. Se centra en que existen habilidades sociales no desarrolladas como consecuencia de historias de

refuerzo y de enseñanza inadecuadas. Se alude a un ambiente poco estimulante, que no ha proporcionado las oportunidades, los modelos ni las contingencias de refuerzo suficientes para una conducta socialmente apropiada y eficaz.

Características tales como neuroticismo, impulsividad y búsqueda de sensaciones se consideran un perfil de riesgo diferencial para el comportamiento agresivo, siendo la inestabilidad emocional, la que alcanza un fuerte poder predictivo para esta problemática, mientras que la empatía como una emoción orientada al otro y no impulsiva guarda una correlación más fuerte con las conductas prosociales.

Los sujetos más inestables emocionalmente, con menos recursos para frenar la impulsividad, son los más propensos a la agresividad, mientras que los adolescentes más empáticos y por tanto con una emocionalidad más controlada son más prosociales, la autorregulación es central en la disposición al comportamiento prosocial y en la inhibición del comportamiento agresivo. (Frías, A. 2004; Mestre, F. y Samper, O. 2002).

Factores Sociales – Históricos. Los factores sociales se relacionan con aquellos contextos en los que el sujeto se desenvuelve cotidianamente e interactúa con ellos de forma permanente, entre estos encontramos la familia, la escuela, y la situación socio – histórica en la que se encuentra el país. (Raine I. y Sanmartín, J. 2000; Samudio, F. 2001), los cuales participan de forma activa en procesos como el aprendizaje social y la exposición a escenas violentas.

Factores Familiares. La familia se considera el agente de socialización primario ya que constituye la primera fuente de información para el ser humano acerca de su propia valía e importancia, de las normas, roles y de las expectativas que muy pronto se proyectan sobre él. El proceso de socialización se ha considerado desde perspectivas diferentes una variable central para el estudio del desarrollo personal de los individuos, su autoconcepto, el proceso de interiorización de valores, su identidad de género y las preferencias de roles.(Frías, A. 2004; Mestre, F. y Samper, O. 2002; García Z. 2002).

Los factores de riesgo en relación con la familia se agrupan en las dimensiones del contexto, parentales y de la pareja. La familia como primera institución socializadora, ha sido objeto de múltiples y variados estudios y fue tal vez el primer factor de riesgo que apareció consistentemente enunciado.

Estos factores de riesgo se refieren a características propias de la familia en sí, y otorgan información sobre las relaciones entre esta y el contexto social. Se han encontrado de importancia para el desarrollo de conducta antisocial y agresiva, la estructura familiar, especialmente las familias uniparentales y las extensas, causadas por divorcio, madre solterismo, muerte de uno de los padres, y en el caso de familias extensas por uniones sucesivas o simultáneas.

Tales factores parece que se relacionan con las prácticas parentales inadecuadas y la carencia de redes de apoyo creándose un efecto acumulativo de factores de riesgo. (Frías, A. 2004; Mestre, F. y Samper, O. 2002)

Estudios realizados por García (2002), plantean que las prácticas de socialización en la familia permiten concluir que la educación parental se encuentra determinada por dos fuentes principales de variabilidad, el afecto parental (cariño vs hostilidad), y el control parental (permissividad vs rigidez).

La definición de un padre como hostil o afectivo, no puede ser observada realizando únicamente la conducta de los padres, puesto que ni el amor ni el rechazo son cualidades fijas de la conducta. De esta forma es importante analizar las conductas y orientaciones parentales en familias de la población en general y en familias consideradas en situación de riesgo, lo cual no sólo permite definir con mayor precisión la interacción paterno – filial y evitar sesgo como la deseabilidad social, comprobando hipótesis de la normalidad vs la anormalidad que se perciben en las familias de riesgo en prácticas parentales no competentes. (García, Z. 2002; Mestre F. y Samper O.2001; Frías, A. 2004).

De la misma manera señala García, Z. (2002) con respecto a las prácticas de crianza que influyen en el desarrollo social de los seres humanos, la carencia de afecto en el estilo de crianza permisivo, donde no hay una contrapartida de control, es

decir, sin que el individuo reciba una retroalimentación de información de lo que espera su familia de él, puede producir en él agresividad y dificultades de control de los propios impulsos.

El clima familiar de estas familias puede definirse por relaciones caracterizadas por amenaza, conflicto, falta de confianza y con una elevada conflictividad, un pobre énfasis en la independencia y el logro como metas del desarrollo y por una estructura rígida por altos niveles de control. Estos padres emplean con sus hijos menos expresiones físicas y verbales de "calor" y afecto (caricias, besos, sonrisas, miradas), y se perciben a sí mismos como más hostiles, y negligentes. (Herrero, C. y otros, 2002; García, Z. 2002, Frías, A. 2004; Mestre, F. y Samper, O. 2002).

La utilización de pautas de crianza inadecuadas pueden generar hijos con problemas de autoestima ansiedad, agresividad, problemas en habilidades de comunicación, replicación de modelos inadecuados, conductas antisociales y otras problemáticas. (Frías, A. 2004; Mestre, F. y Samper, O. 2002).

Cuando existe inconsistencia intraparental en las pautas de manejo y control coercitivo, la investigación existente indica que las prácticas disciplinarias a través del castigo físico, las amenazas y las ordenes injustificadas, están relacionadas con conducta hostil, interacciones agresivas con pares, y comportamiento disruptivo en el individuo. (Barlow T. y Duran F. 2001).

Una comunicación constante y rica permite que las decisiones que involucran tanto a padres como a hijos sean más razonables y asertivas, también se relaciona con muchos otros factores dentro del desarrollo. Es importante mencionar que los patrones de crianza en Venezuela, acusan el predominio del ejercicio de una autoridad vertical, basado en el uso de la fuerza y el castigo. De igual manera, estudios de carácter retrospectivo y prospectivo han sentado la historia de maltrato infantil desde la perspectiva de violencia intergeneracional visto como un patrón de comportamiento asocial que se transmite de una generación a otra con unas características bastante coincidentes.

Factores escolares. En cuanto a los factores escolares se ha analizado algunos aspectos específicos de la vida escolar como factores de riesgo del maltrato que hacen parte de la violencia estructural y social. Algunos autores se han referido a la violencia estructural como aquella que proviene de sistemas e instituciones sociales y que se distingue de la violencia personal por no poderse identificar una sola persona causante del daño sino por hallarse incorporada al sistema y manifestarse a través del poder.(Castro, A. 1995)

Así mismo Ballesteros, Cortés, G. (2001) consideran que los seres humanos que por diferentes circunstancias presentan comportamientos agresivos y son rechazados por los demás en el aula de clase cuando van a conformar grupos de trabajo académico; están en mayor riesgo de continuar en la vía de la agresión porque se hacen mas propensos a sentir molestia e ira ante amenazas de los otros y a leer como peligro y amenaza las señales contextuales en su medio social.

De la misma manera señala Nieto 1966 referido por Castro A. (1995), hay maltrato en el ambiente escolar, se da poca importancia a la selección de los maestros, ya que afirma el autor, los programas, el método, la disciplina, la instrucción y la educación serán buenos o malos según sea el maestro. Por otro lado, Berk, F. (2000) comenta que:

Se encuentran factores tales como el ambiente físico de los establecimientos, que carecen de materiales didácticos, espacios deportivos e instalaciones adecuadas que en éste caso es importante mencionar se encuentran limitando actividades como el juego para el beneficio de procesos como la interacción social. (s/n).

Es primordial entonces establecer que existe una relación entre ambientes físicos empobrecidos y altos índices de delincuencia lo cual incrementa la probabilidad de aprendizajes desfavorables por Modelamiento. (Casal y López, 2001). En condiciones de establecimientos educativos con sobrecupo, existe un decremento de habilidades relacionadas con el trabajo, y establecimiento de

relaciones de empatía, lo cual puede ser atribuido a procesos de hacinamiento experimentados por los individuos. (Raine I. y Sanmartín, J. 2000).

Otro factor de riesgo puede ser denominado como el ambiente escolar agresivo, el cual contribuye indudablemente al desarrollo de conductas antisociales; en relación con los docentes se establece el desconocimiento de intereses y necesidades de los alumnos, falta de preocupación por la problemática de los estudiantes, abuso de autoridad en relación con reglamentos, imposiciones y decisiones arbitrarias. (Ballesteros y Cortes, 2000; Casal y López, 2001).

Las personas a su vez terminan ejerciendo liderazgo por ser los más violentos, en respuesta y defensa de la hostilidad que los rodea, presentando una relación entre problemas de externalización y un bajo nivel académico, autoestima, calidad de vida escolar (Ballesteros y Cortes, 2000; Casal y López, 2001)).

Bases Legales

Balestrini, M. (1998) indica que las bases legales reflejan “la distancia existente entre las elaboraciones resumidas en el contenido del concepto y los hechos empíricos referidos” (p. 68); es decir, el basamento legal se aplicará con la finalidad de establecer el soporte de las interpretaciones de los contenidos tratados ajustados a los lineamientos planteados en la constitución, leyes, decretos y demás recursos legales en una determinada área. En Venezuela, tiene rango constitucional el derecho a la atención médica.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (1999)

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (1999) contempla en su capítulo V dedicado a los derechos sociales de las familias, establece en su articulado:

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

En función del artículo citado, se deduce que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida y el Estado para el cumplimiento de este deber tiene que promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.

Por su parte, el artículo 84: "...El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad." (p. 16).

Al respecto, toda institución de salud tiene el deber de brindar una atención de alta calidad y es responsabilidad del estado que esto se rija por los principios de gratuidad, equidad, universalidad, integración social y solidaridad.

6.- Que sean respetadas las confidencias acerca de su estado de salud. 7.- Solicitar explicación sobre los honorarios a pagar y exigir montos adecuados ante la Ley.

En este sentido, el equipo multidisciplinario debe intercambiar con el paciente independiente de la etapa de su enfermedad para poder conocerlo realmente y poder identificar sus necesidades y por tanto atenderlo con mejor calidad respetando principalmente sus derechos y dando a conocer sus deberes. El trabajo en equipo debe ser muy cohesionado y todos estar al tanto del paciente y de su familia.

La Ley Orgánica de salud, establece dentro de sus disposiciones legales el derecho a la protección de la salud de todos los habitantes del país.

Artículo 25: La promoción y conservación de la salud tendrá por objetivo crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de las salud de las personas, la familia y de la comunidad. El Ministerio de Salud actuara coordinadamente con los organismos que integran en consejo nacional de la salud, a los fines de garantizar la elevación de nivel socioeconómico y el bienestar de la población; para el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgo contra la salud. A superación de la pobreza la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludable, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de tabaco y la organización de la población a todos los niveles.

En, efecto la promoción y preservación de la salud tiene por objetivo general crear cultura sanitaria que sirva de sustento para lograr la salud y el bienestar de las personas, la familias y comunidades. Sin duda alguna que, al analizar que la detección precoz del cáncer continúa siendo la clave para controlar la enfermedad. Los estudios sobre las diferencias socioeconómicas y étnicas en las practicas relacionadas con las actividades de controlar el cáncer, así como el estadio de la enfermedad en el momento del diagnostico y la supervivencia. Por otra parte, es un deber especificado en la Ley Orgánica de Salud:

Artículo 40: Cada establecimiento de atención médica con unidades de servicios debe tener demarcada su área de influencia o cobertura de población, lo cual es indispensable para conocer la situación de la salud, hacer sus programaciones y poder cumplir con sus objetivos y funciones. Los establecimientos de atención médica con utilidades de servicio de segundo nivel tendrán demarcada su jurisdicción sobre la red de establecimientos de atención médica de primer nivel a los cuales prestara apoyo.

Los establecimientos médicos con localidades de servicios de tercer nivel harán lo equivalente con la red de establecimientos de atención médica de segundo nivel, a los que igualmente presentaran apoyo. De aquí que, el estado debe garantizar la salud de su población demarcada y teniendo cobertura a aquellos lugares pocos accesibles por las personas, familias y comunidades para lograr una salud de calidad.

Código Deontológico de Enfermería de Venezuela (1999)

Según, Código Deontológico de Enfermería de Venezuela (1999) en su capítulo V establece los deberes del profesional de enfermera hacia los usuarios. Los derechos de los usuarios. "Artículo 2. La máxima defensa de la enfermería es el bienestar social, Implícito en el fomentar de la salud, en el respeto a la vida y a la integridad del ser humano" (p.5). La responsabilidad fundamental de enfermería es conservar la vida, aliviar los sufrimientos, promover la salud, por lo que se deben tomar las medidas educativas y de orientación necesaria que impidan la practica de actividades o situaciones que atenten contra este principio.

Artículo 64: El profesional de enfermería coordinara y cooperara con el resto del equipo de salud en beneficio del individuo, familia y comunidad basándose en el respeto mutuo y en la delimitación de sus funciones. (p.12).

Los profesionales de enfermería tienen la oportunidad de poner en práctica la relación de ayuda con los pacientes que ingresan a las instituciones hospitalarias, siendo esta una función valiosa de este recurso humano, situación que permite reforzar los comportamientos positivos que permitan a cada paciente comprender su situación ante los problemas de salud que presenta y proveer un mejor cuidado.

Teoría de Enfermería de Callista Roy

Según Hernández Conesa J. Esteban Albert, M. (1999)

El modelo de adaptación de Callista Roy fue elaborado en 1964 a partir del trabajo de Harry Helson en psicofísica, además de combinar la definición de sistemas que hace Rapoport y que considera a la persona como un sistema adaptativo. (p.49).

Roy define el metaparadigma enfermero de esta forma:

- *Persona*: Ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

- *Entorno*: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos.

- *Salud*: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

- *Enfermería*: Es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad.

Los modos adaptativos son categorías de conductas para adaptarse a los estímulos:

Función fisiológica: Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.

- *Autoconcepto*: Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autoconcordancia y la autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).

- *Función de Rol:* Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).

- *Interdependencia:* Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto.

Dentro de los modos adaptativos están los mecanismos de afrontamiento, que son dos:

- *Regulador:* controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.

- *Cognitivo:* regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia.

El modelo de Callista Roy es determinado como una teoría de sistema con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales:

- Paciente: persona que recibe los cuidados enfermeros.

- Meta de la enfermería (que se adapte el cambio).

- Salud.

- Entorno.

- Dirección de las actividades enfermeras (que facilitan la adaptación).

Todos los elementos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.

Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno. El paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

- *Entrada:* Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente),

contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

- *Procesamiento*: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el autoconcepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

- *Salida*: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

Por último, Callista Roy define seis pasos en el proceso de enfermería:

- Valoración de las conductas.
- Estímulos que afectan a esas conductas.
- Elaboración de un diagnóstico de enfermería sobre la situación adaptativa de la persona.
- Establecimiento de objetivos que favorezcan la adaptación.
- Intervenciones de enfermería (intentar manipular los estímulos para lograr la adaptación).
- Evaluación (mediante la manipulación de los estímulos del paciente, la enferma incrementa la interacción de la persona con el entorno, promoviendo con ello la salud).

Sistema de Variable

Las variables representan las posibles variaciones a las que se puede enfrentar un proceso investigativo. Al respecto Arias, F. (1999) cita que las variables "sostiene cualidades susceptibles de medir cambio" (p.43) con la finalidad de direccional y localizar los aspectos de la realidad que se van a investigar en el presente estudio.

Variable: Manejo de conductas agresivas

Definición conceptual: La agresividad puede expresarse de muy diversas maneras y no son rasgos estables y constantes de comportamiento, por lo que debemos tener en cuenta la situación estímulo que la provoca

Definición Operacional: Es la interacción que establece el profesional de enfermería con el paciente con la finalidad de lograr el apoyo y la aceptación de las nuevas situaciones en referencia a las manifestaciones físicas, verbales y psicológicas.

Tabla 14
Operacionalización de las Variables

Dimensiones	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Interacción: Son los aspectos de intercambio entre el profesional de enfermería y el comportamiento de los factores en el área de traumatología	Física: Comprende la interacción que puede ser directa a través de golpes, empujones o actos contra el profesional de enfermería	Golpes	1-3
		Patadas	4-5
	Verbal: Comprende la interacción que puede ser directa expresada en forma de insultos, gritos, gestos hacia el profesional de enfermería o	Insultos	6-7
		Gritos	8
Psicológica : es la interacción emitida por los pacientes al profesional de enfermería durante su estadía en el área de traumatología del Hospital Central de Maracay, como histeria y ansiedad	Gestos	9-11	
	Histeria	12-13	
	Ansiedad	14-15	

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tamayo y Tamayo (2001). Plantea que la metodología "Constituye la medula del plan; se refiere a la descripción de las unidades de análisis, o de investigación, las técnicas de recolección de datos, los instrumentos y las técnicas de análisis". (p.114). Es precisamente este conjunto de técnicas conocidas, como metodología de la investigación que va a proporcionar confiabilidad y credibilidad al resultado final de la investigación.

Diseño de la Investigación

La presente investigación tiene un diseño de investigación es no experimental, ya que el investigador no asignó valores a las variables, por ende los hechos fueron observados tal y como ocurrieron en la realidad. Según Balestrini, M. (2002), los diseños no experimentales son "los estudios exploratorios, descriptivos, diagnósticos, evaluativos donde se observan los hechos estudiados tal y como se manifiestan en su ambiente natural" (p.118). En este sentido, no se pueden manipular intencionalmente las variables.

Para efectos de la investigación se selección el diseño no experimental ya que se va a determinar manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de traumatología del hospital central de maracay (HCM), sin cambiar las variables de estudio.

Tipo de Investigación

En lo que respecto al nivel de investigación, se estableció como una investigación transeccional, es decir, los datos se recopilan en un solo momento y

tiempo único. Al respecto, Palella S. y Martins F. (2004) comenta que: "Este nivel de investigación se ocupa de recolectar datos en un solo momento y en un tiempo único. Su finalidad es la de describir las variables y analizar si incidencia e interacción en un momento dado, sin manipularlas" (p. 88). Este estudio estará enmarcado en una investigación de campo bajo la modalidad descriptiva. Es considerado un estudio de campo porque los datos se obtendrán directamente de la realidad donde ocurren los hechos. Es así como Sabino (2002), señala que la investigación de campo:

Se basa en informaciones o datos primarios, obtenidos directamente de la realidad. Su innegable valor reside en que le permite cerciorarse al investigador de las verdaderas condiciones en que se han conseguido sus datos, haciendo posible una revisión modificada en el caso de que surjan dudas al respecto a su calidad (p.94).

De acuerdo con la cita la investigación presentada se considera de campo porque será necesario extraer la información directamente de la realidad observada en el área de traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Por otro lado, la investigación será de tipo descriptivo que según Palella S. y Martins F. (2004) lo define como: "el propósito de este nivel es el de interpretar realidad de los hechos. Incluye descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o proceso de los fenómenos". (p.86). Es decir, se realizará la descripción detallada de las actividades y acciones que se desarrollarán en el área de Traumatología del HCM.

Población

Una fase importante de la investigación le corresponde la selección de los sujetos, cosas o fenómenos de los cuales se puede extraer información de tipo primaria. Para ello es necesario determinar la población a ser estudiada. Asimismo, Tamayo y Tamayo (2001), afirma que la población: "Es la totalidad del fenómeno a estudiar en donde la población posee una característica común, la cual estudia y da origen a los datos del investigación (p.114). Esto es que una población estuvo

determinada por sus características definitorias, de ahí pues, que la población es entonces, el conjunto de elementos que posea estas características y que concuerden con una serie determinada de especificaciones de la investigación. La población objeto de estudio estuvo representada por los treinta y seis (36) profesionales de enfermería del Hospital Central de Maracay, es decir, quedará conformada por un total de treinta y seis (36).

Muestra

Con respecto a la muestra, cabe decir que la misma constituye una porción representativa de la población, que según Tamayo J. y Tamayo J. (2001) es considerada como "Un conjunto de operaciones que realizan para estudiar la distribución de determinados caracteres en la totalidad de una población, universo o colectivo, partiendo de las observación de una fracción de la población considerada" (p.81). En la selección de la muestra, se tomó de la totalidad de la población, es decir, los treinta y seis (36) treinta y seis (36) profesionales de enfermería del Hospital Central de Maracay, para con ello obtener su confiabilidad.

Métodos e Instrumento de Recolección de Datos

Es de hacer notar, que las técnicas e instrumentos de recolección de datos, fueron las herramientas y los procedimientos a través de los cuales se adquirieran la información necesaria para el desarrollo de todo trabajo investigativo. Para el desarrollo de la investigación, se aplicó como técnicas de recolección de datos la observación directa siendo el instrumento aplicado un cuestionario, la cual se basa en el manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de traumatología del hospital central de maracay (HCM).

Según Flames, E. (2001) "la guía de observación permite la obtención directa de las personas y/o fuentes primarias de las informaciones, datos o aspectos

relevantes de un tema objeto de estudio" (p.36). De acuerdo con lo expresado por este autor, el cuestionario fue el instrumento aplicado para la obtención de datos, el cual estuvo comprendido por quince (15) preguntas de respuestas basadas en la escala de lickert (Siempre, Casi siempre, a veces, casi nunca y nunca), distribuidas en función de los indicadores de la investigación. Por lo tanto, desde la pregunta 1- 5 correspondiente a las manifestaciones físicas, de la 6 a la 11 se abarca el tema de las manifestaciones verbales y desde la pregunta 12 - 15 se consideraron las manifestaciones psicológicas.

Confiabilidad

Según Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1998) menciona que la confiabilidad "se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados" (p. 235). La confiabilidad se realizó a partir de la definición operacional de los indicadores, descritos en el cuadro de variable. Sin embargo, dada que posibles observaciones se agrupaban en respuestas siempre, casi siempre a veces casi nunca y nunca, se aplicará la fórmula del coeficiente de Alpha de Crombach, lo que indicó de forma estadística si la guía de observación será confiable. En base a los resultados de la formula se aplicó luego del cálculo de la media aritmética y la varianza, cuyo resultado arrojo que es altamente confiable el cuestionario.

Tabla 2
Rango y Magnitud

Rango	Magnitud	Rango
0.81	1	Muy Alta
0.61	0.80	Alta
0.41	0.60	Moderada
0.21	0.40	Baja
0.01	0.20	Muy Baja

Fuente: Palella y Martis (2004).

Validez

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que, un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Para hacer de los instrumentos una fuente de información objetiva y asegurar la veracidad del mismo, se sometió a la técnica de juicio de experto, que consistió en presentar el cuestionario a varios profesionales en las áreas de metodología, contenido y diseño del instrumento para verificar si este cumplía con los objetivos planteados en la investigación, logrando de esta manera perfeccionar y adecuarlos a las necesidades del presente trabajo. Es importante destacar, que la guía de observación fue presentada a cuatro licenciadas en enfermería, un médico y un metodólogo.

Procedimiento para la recolección de datos

El cuestionario fue el instrumento aplicado para la obtención de datos, el cual estuvo comprendido por quince (15) preguntas de respuestas basadas en la escala de lickert (Siempre, Casi siempre, a veces, casi nunca y nunca), distribuidas en función de las manifestaciones de conductas agresiva por parte de los pacientes a el profesional de enfermería durante el proceso de recolección de información, este se aplicó en una sola oportunidad a los elementos muestrales seleccionados.

Técnicas de Análisis

Una vez levantada la información, a través del instrumento seleccionado para tal fin, la investigadora procedió a la organización de la misma mediante la tabulación la cual consiste en un registro ordenado y cuantitativo de información. Universidad Nacional Abierta. (2002), establece: "Las acciones que se realizan, es decir las operaciones que se hacen, constituyen lo que se conoce como procesamiento de

datos". (p.355). Es la interpretación que se realizará a los datos e informaciones obtenidas durante un proceso de recolección.

El análisis de datos consistirá en separar la información de tipo numérico de la de tipo verbal, de manera tal de elaborar cuadros estadísticos, promedios generales, y gráficos ilustrativos tales como: histograma, grafica circular, polígono de frecuencia y pictografía. Se realizó un análisis cualitativo de la información obtenida a través del cuestionario estructurado de preguntas cerradas para la entrevista y el registro de observación, para establecer la relación causa-efecto entre los elementos que intervienen en el proceso relacionado.

Por otra parte la técnica de análisis cuantitativo, permitirá clasificar la información de acuerdo con los objetivos de esta investigación. Tamayo J. y Tamayo J. (2001) señalan que "el análisis cuantitativo se efectúa cotejando los datos a que se refiere un mismo aspecto y tratando de evaluar la fiabilidad de cada información". (p. 175). Es decir, desde el punto de vista cuantitativo, el análisis de datos se realizará a través de la ciencia estadística, específicamente en el área de estadística descriptiva. Esto con el propósito de resumir información, utilizando para ello, las siguientes técnicas: porcentajes, medias y frecuencias.

La estadística descriptiva representa los métodos de análisis y comprensión de la información en función de las condiciones. Técnicas de recopilación, presentación y análisis de los datos. Las investigadoras una vez procesado todos los datos, procederá a realizar un diagrama de barra, por preguntas, Palella S. y Martins F. (2004) los define como: "gráficos de barras verticales en los que se tocan, indicando una cierta continuidad en los valores de tal modo que perfilan curvas y áreas" (p.177). Es de hacer notar que para construir esta gráfico se dividieran en rasgos similares los valores de la variable.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis realizado fue de tipo descriptivo-referencial, debido a que se describió cada ítem del instrumento analizado y se relacionaron con los aspectos referidos a la variable nominal. Para la realización de este análisis, se utilizó la porcentualización, como recurso para expresar en porcentajes las frecuencias seleccionadas en cada ítem del instrumento.

Los resultados de esta investigación fueron presentados en cuadros de frecuencia simple. En el extremo izquierdo del cuadro se ubicaron las alternativas de cada ítem, en el centro se ubicaron las frecuencias de respuestas a cada una de esas alternativas y en el extremo derecho se encuentran los porcentajes de las frecuencias de las alternativas elegidas.

El análisis de los resultados de esta investigación, se procedió a describir los datos relativos a cada alternativa y, en atención a ello realizar las interpretaciones pertinentes en atención a los aspectos planteados en el marco teórico del estudio.

Es de hacer notar, que la presentación de los resultados se efectuó de acuerdo con la estructura del cuestionario siendo distribuidos en variables como interacción basada en aspectos físicos, verbales y psicológicos.

Dimensión: Interacción. Indicador Físico.

Cuadro N° 1

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Golpes. Ítems 1

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	1.Usted como profesional de enfermería del área de traumatología a presenciado al paciente golpeando la cama u otros objetos inanimados	5	14	15	42	7	19	2	6	7

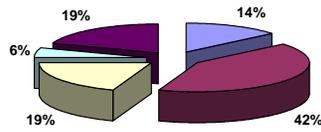
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 1. El 42% (n=50) de la población consultada indico que casi siempre, como profesional de enfermería del área de traumatología a presenciado al paciente golpeando la cama u otros objetos inanimados, seguido del 19% (n= 7) que contesto casi siempre, otro 19% (n=7) respondió nunca, un 14% (n= 5) opino siempre y el 6% (n= 2) restante indico que casi nunca. Es evidente que la mayoría de los profesionales en el área de enfermería ha tenido que presenciar este tipo de situaciones en el área de traumatología del Hospital Central de Maracay.

Gráfico 1
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Golpes. Ítems 1



■ Siempre ■ Casi siempre □ A veces □ Casi Nunca ■ Nunca

Cuadro N° 2

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador:

Física. Sub indicador: Golpes. Ítem 2

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2. Ha sido víctima de algunas contusiones por parte de pacientes hospitalizados en el área de traumatología	10	27	9	25	6	17	5	14	6	17

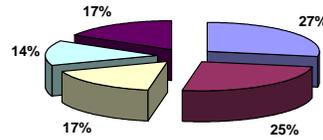
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 2. El 27% (n= 10) de la población consultada indico que siempre, ha sido víctima de algunas contusiones por parte de pacientes hospitalizados en el área de traumatología, mientras un 25% (n= 9) opino casi siempre, un 17% (n= 6) contesto a veces, otro 17% (n= 6) manifestó que nunca y el 14% (n= 5) restante manifestó que casi nunca. Las tendencias demuestran una frecuencia en las agresiones físicas de los pacientes con respecto al personal de enfermería.

Gráfico 2
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Golpes. Ítems 2



■ Siempre ■ Casi siempre □ A veces □ Casi Nunca ■ Nunca

Cuadro N° 3

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Golpes. Ítem 3

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	3. Al momento de notificarle al paciente hospitalizado en el área de traumatología que le serán tomadas nuevas muestras de laboratorio, observan que este empuña la mano y realiza movimientos bruscos hacia el profesional de enfermería	9	26	7	19	8	22	8	22	4

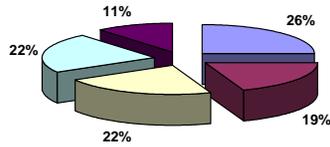
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 3. El 26% de la población consultada indicó que siempre, al momento de notificarle al paciente hospitalizado en el área de traumatología que le serán tomadas nuevas muestras de laboratorio, observan que este empuña la mano y realiza movimientos bruscos hacia el profesional de enfermería, mientras un 22% (n= 8) opinó a veces, otro 22% (n=8) casi nunca, el 19% (n=7) casi siempre y el 11% (n= 4) restante nunca. Es evidente la constante agresión física del paciente hacia el profesional de enfermería.

Gráfico 3
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Golpes. Ítems 3



Siempre ■ Casi siempre □ A veces □ Casi Nunca ■ Nunca

El resultado total del subindicador, describió que en relación a los golpes, que en mayoría el personal de enfermería ha experimentado golpes por parte de los pacientes hospitalizados en el área de traumatología y solo una minoría no ha sido víctima de esta situación, dejándose claro la importancia del manejo de conductas agresivas.

Cuadro N° 4
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas
agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al
área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador:
Física. Sub indicador: Patadas. Ítem 4

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
4. Ha presenciado al paciente hospitalizado en el área de traumatología realizando movimientos bruscos incondicionados en los miembros inferiores dirigidos al profesional de enfermería del servicio	16	45	7	19	5	14	4	11	4	11

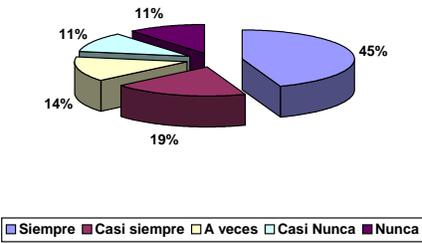
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 4, El 45% (n= 16) del personal consultado indico que siempre ha presenciado al paciente hospitalizado en el área de traumatología realizando movimientos bruscos incondicionados en los miembros inferiores dirigidos al profesional de enfermería del servicio, mientras el 19% (n=7) indico que casi siempre, el 14% (n= 5) opino que a veces, un 11% (n= 4) casi nunca y el 11% (n= 4) manifestó que nunca, dejándose claro la presencia constante de movimientos bruscos por parte de los pacientes como señal de inconformidad de su situación actual.

Gráfico 4
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Patadas. Ítem 4



Cuadro N° 5

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador:

Física. Sub indicador: Patadas. Ítem 5

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
5. Ha sido víctima por parte del paciente hospitalizado en el Servicio de Traumatología de movimientos oscilantes de los miembros inferiores al momento de brindarle cuidados de enfermería	4	11	13	36	8	22	6	17	5	14

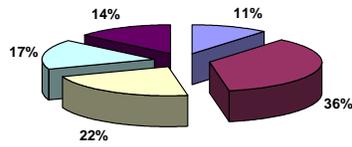
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 5. El 36% (n= 13) del personal consultado indicó que siempre ha sido víctima por parte del paciente hospitalizado en el Servicio de Traumatología de movimientos oscilantes de los miembros inferiores al momento de brindarle cuidados de enfermería, mientras el 22% (n= 8) opino a veces, el 17% (n= 6) casi nunca, un 14% (n=5) nunca y el 11% (n= 4) restante siempre. Nuevamente se describe la presencia de patadas o movimientos bruscos de las extremidades inferiores en contra del personal de enfermería durante los cuidados de los pacientes.

Gráfico 5
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Física. Sub indicador: Patadas. Ítem 5



■ Siempre ■ Casi siempre □ A veces □ Casi Nunca ■ Nunca

Los resultados totales del subindicador patadas, arrojan que el 81% de las personas consultadas ah presenciado o han sido victimas de movimientos bruscos incondicionados en los miembros inferiores dirigidos al profesional de enfermería y solo el 19% restante no ha experimentado esta situación, una vez más se demuestran que existen una frecuencia de agresiones a través de manifestaciones físicas por parte del personal de enfermería con respecto a los pacientes

Cuadro N° 6
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador:
Verbal. Sub indicador: Insultos. Ítem 6

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
6. Cuando establece intercambio con los pacientes hospitalizados en el área de traumatología escucha que los mismos se dirigen a su persona de manera ofensiva	19	54	6	17	4	11	3	9	3	9

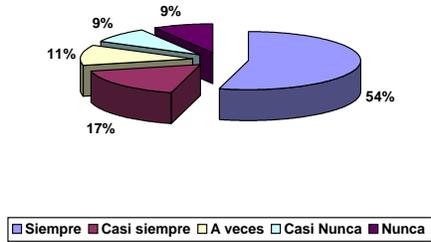
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 6. El 54% (n=19) de la población consultada indico que siempre, cuando establece intercambio con los pacientes hospitalizados en el área de traumatología escucha que los mismos se dirigen a su persona de manera ofensiva, mientras el 17% (n= 6) opino casi siempre, el 11% (n=4) manifestó que a veces, un 9% (n= 3) casi nunca y el 9% (n=3) restante nunca. Es evidente la presencia de ofensas e insultos por parte de los pacientes al profesional de enfermería al brindarle asistencia durante en el área de traumatología.

Gráfico 6
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Insultos. Ítem 6



Cuadro N° 7

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador:

Verbal. Sub indicador: Insultos. Ítem 7

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
7. Cuando como profesional de enfermería le notifica al paciente que necesita de donantes de sangre para poder ser procesado su turno quirúrgico este responde con palabras obscenas	26	73	7	19	3	8	0	0	0	0

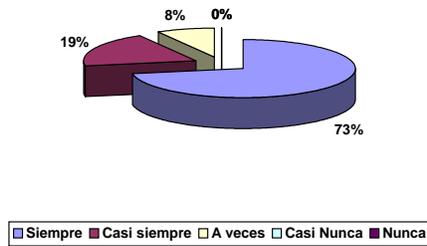
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 7. El 73% (n=26) de la población consultada indico que siempre, cuando como profesional de enfermería le notifica al paciente que necesita de donantes de sangre para poder ser procesado su turno quirúrgico este responde con palabras obscenas, mientras el 19% (n= 7) restante opino que casi siempre y el 8% restante (n= 3) opino que a veces, el uso de palabras obscenas para tratar al personal de enfermería es una manifestación constante durante la actuación del personal en el área de traumatología.

Gráfico 7
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Insultos. Item 7



Los resultados totales del subindicador insultos, arrojan que el 60,61% de las personas consultadas ha sido víctima de agresiones verbales, por parte de pacientes hospitalizados del área de traumatología, mientras el 30,89% no ha sido víctima de esta situación, es evidente la presencia de manifestaciones verbales en contra del personal de enfermería durante el cuidados de los pacientes de esta área

Cuadro N° 8
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador:
Verbal. Sub indicador: Gritos.

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
8. En el Servicio de Traumatología cuando se les indican a los pacientes hospitalizados las normativas del Servicio estos responden al profesional enfermería en un tono de voz elevado y desafiante	4	11	18	50	8	22	6	17	0	0

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

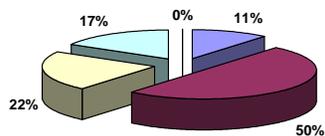
Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 8. El 50% (n= 18) de la población consultada indicó que casi siempre, en el servicio de traumatología cuando se les indican a los pacientes hospitalizados las normativas del Servicio estos responden al profesional de enfermería en un tono de voz elevado u desafiante, mientras el 22% (n= 8) respondió a veces, un 17% (n= 6) casi nunca y el 11% restante (n= 4) siempre. Los resultados totales del subindicador gritos, arrojan un alto porcentaje de profesionales que ha sido víctimas de gritos por parte de los pacientes hospitalizados, evidenciándose la necesidad de proyectar el manejo de conductas agresivas en los profesionales de esta profesión.

Gráfico 8

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Gritos



Siempre ■ Casi siempre ■ A veces ■ Casi Nunca ■ Nunca

Cuadro N° 9
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: gestos. Ítem 9

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
9. Ha observado como profesional de enfermería del área de traumatología que los pacientes adoptan muecas de burla al momento de brindarles algún cuidado de enfermería	9	25	16	44	8	22	2	6	1	3

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

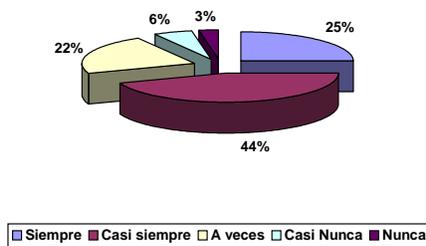
Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 9. El 44% (n=16) del personal consultado indico que casi siempre ha observado como profesional de enfermería del área de traumatología que los pacientes adoptan muecas de burla al momento de brindarles algún cuidado de enfermería, mientras el 25% (n= 9) opino siempre, seguido del 22% (n= 8) que indico que a veces, un 6% (n= 2) casi nunca y el 3% restante (n= 1). Es evidente la presencia constante de gestos de burlas durante los cuidados proporcionados por el profesional de enfermería.

Gráfico 9

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Gestos Item 9



Cuadro N° 10

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador:

Verbal. Sub indicador: gestos. Item 10

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
10. Cuando le informa como profesional de enfermería al paciente hospitalizado que tiene alguna ínter consulta, esta al no estar de acuerdo frunce el ceño, une los labios y cruza los brazos como señal de disgusto	19	53	8	22	5	14	3	8	1	3

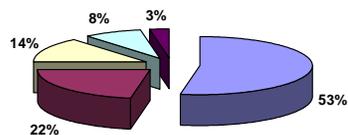
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 10. El 53% (n=19) de la población consultada indico que siempre, cuando le informa como profesional de enfermería al paciente hospitalizado que tiene alguna ínter consulta, esta al no estar de acuerdo frunce el ceño, une los labios y cruza los brazos como señal de disgusto, mientras el 22% (n= 8) casi siempre, el 14% (n= 5) opino a veces, un 8% (n=3) y el 3% (n= 1) contesto que nunca. Las tendencias describe la presencia de manifestaciones de conductas agresivas de forma verbal por parte de los pacientes.

Gráfico 10
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Gestos Ítem 10



Siempre ■ Casi siempre ■ A veces ■ Casi Nunca ■ Nunca

Cuadro N° 11

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador:

Verbal. Sub indicador: gestos. Item 11

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
11. Como profesional de enfermería ha presenciado la utilización de movimientos corporales obscenos cuando le informa al paciente hospitalizado que debe adquirir algún medicamento ya que no hay existencia en el servicio	9	25	21	58	6	17	0	0	0	0

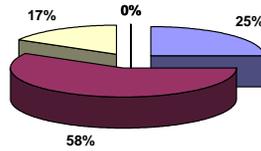
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 11. El 58% (n= 21) de la población índico que casi siempre, como profesional de enfermería ha presenciado la utilización de movimientos corporales obscenos cuando le informa al paciente hospitalizado que debe adquirir algún medicamento ya que no hay existencia en el servicio, mientras el 25% (n= 9) opino siempre y el 17% (n =6) restante contesto que a veces.

Gráfico 11
Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Verbal. Sub indicador: Gestos. Ítem 11



■ Siempre ■ Casi siempre □ A veces □ Casi Nunca ■ Nunca

Los resultados describen que en la mayoría de los casos los profesionales de enfermería indicaron que siempre y casi siempre se observa manifestaciones verbales agresivas en el manejo de conductas por parte del profesional de enfermería, mientras el 12,04% restante contesto que nunca o casi nunca ha presenciado manifestaciones verbales.

Cuadro N° 12

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador:

Psicológica. Sub indicador: Histeria. Ítem 12

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
12. Usted como profesional de enfermería encargado del área de traumatología al momento de informarle al paciente hospitalizado que su turno quirúrgico ha sido omitido por algún motivo, ha observado que este llora, grita, gesticula e insulta	26	72	8	22	2	6	0	0	0	0

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

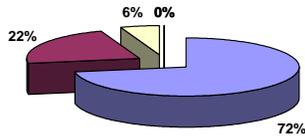
Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 12. El 72% (n=26) del personal consultado indico que siempre ha observado como profesional de enfermería encargado del área de traumatología al momento de informarle al paciente hospitalizado que su turno quirúrgico ha sido omitido por algún motivo, ha observado que este llora, grita, gesticula e insulta, mientras el 22% (n= 8) opino casi siempre, seguido del 6% (n0 2) que opino a veces, demostrándose una tendencia persistente a la presencia de agresiones psicológicas.

Gráfico 12

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Psicológicas. Sub indicador: Histeria. Ítem 12



■ Siempre ■ Casi siempre ■ A veces ■ Casi Nunca ■ Nunca

Cuadro N° 13

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador:

Psicológica. Sub indicador: Histeria. Ítem 13

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
13 Cuando se realizan curas post-operatorias a los pacientes hospitalizados y le solicitamos su colaboración este responde con gritos, palabras ofensivas y gesticulaciones	30	83	6	17	0	0	0	0	0	0

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

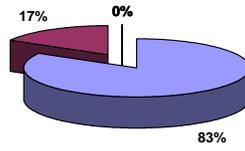
Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 13. El 83% (n= 30) de la población consultada indico que siempre, cuando se realizan curas post – operatorias a los pacientes hospitalizados y se le solicitan su colaboración estos responde con gritos, palabras, ofensivas y gesticulaciones, mientras el 17% (n= 6) restante casi siempre, es evidente la presencia constante de agresiones psicológicas en contra del profesional de enfermería por parte de los pacientes en el área de traumatología.

Gráfico 13.

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Psicológicas. Sub indicador: Histeria. Ítem 13



■ Siempre ■ Casi siempre □ A veces □ Casi Nunca ■ Nunca

Cuadro N° 14

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador:

Psicológica. Sub indicador: Ansiedad. Ítem 14

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
14. El paciente hospitalizado cuando se le indica cambios de horario para sus curas operatorias, este comienza a sudar y temblar	36	100	0	0	0	0	0	0	0	0

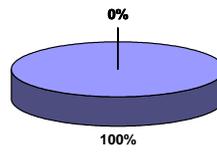
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

Análisis e Interpretación

De acuerdo con los resultados recabados en el cuestionario se obtuvo los siguientes resultados por cada ítem:

Ítem 14. El 100% (n=36) del personal consultado indico que siempre, el paciente hospitalizado cuando se le indica cambios de horario para sus curas operatorias, este comienza a sudar y temblar

Gráfico 14. Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM).
Indicador: Psicológicas. Sub indicador: Ansiedad. Item 14.



■ Siempre ■ Casi siempre □ A veces □ Casi Nunca ■ Nunca

Cuadro N° 15

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Psicológica. Sub indicador: Ansiedad. Ítem 15

Ítems	Siempre		Casi Siempre		A Veces		Casi Nunca		Nunca	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
15. Como profesional de enfermería le notifica al paciente hospitalizado que debe adquirir algún material de osteo-síntesis este se observa temblor e incomodo e inconforme ante tal solicitud	0	0	36	100	0	0	0	0	0	0

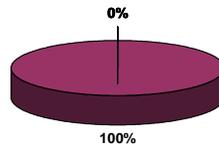
Fuente: Instrumento de Recolección de Datos (2008)

Análisis e Interpretación

Ítem 15. El 100% de la población consultada indico que casi siempre, como profesional de enfermería le notifica al paciente hospitalizado que debe adquirir algún material de osteo-síntesis este se observa temblor e incomodo e inconforme ante tal solicitud.

Gráfico 15

Distribución de frecuencia relativa y absoluta en el Manejo de conductas agresivas por parte del profesional de enfermería de los pacientes que asisten al área de Traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM). Indicador: Psicológicas. Sub indicador: Ansiedad. Item 15.



Siempre ■ Casi siempre □ A veces □ Casi Nunca ■ Nunca

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Luego de dado el cumplimiento de los objetivos de la investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

En la identificación de las manifestaciones físicas de conductas agresivas en pacientes politraumatizado con larga permanencia de hospitalización en el Hospital Central de Maracay, se pudo conocer que las presentan mayor frecuencia son los golpes y patadas, situación que afectado a la mayoría del personal de enfermería asignado al área.

En cuanto a la identificación de las manifestaciones verbales en la calidad de vida intrahospitalaria de pacientes con politraumatizado con larga permanencia de hospitalización en el Hospital Central de Maracay, las que tiene mayor incidencia están representadas por los insultos, gritos y gestos de molestia e inconformidad cuando los profesionales le informan sobre una eventualidad o realizan las curas post-operatorias.

En el caso de la identificación de las manifestaciones psicológicas presentes en la calidad de vida intrahospitalaria de pacientes con politraumatizado con larga permanencia de hospitalización en el Hospital Central de Maracay, las más frecuentes son la histeria y la ansiedad.

Recomendaciones

Para optar las conclusiones antes mencionadas se sugieren las siguientes acciones:

Proporcionar al profesional de enfermería, estrategias educativas que le permitan canalizar las manifestaciones agresivas de los pacientes, como parte de rol de servicio y atención, recordándose en todo momento la necesidad del paciente de hacer atendido aun cuando presente conductas inapropiadas

Realizar prácticas constantes en el área de manera que se tome la mayor experiencia posible de manera de actuar de forma correcta ante la presencia de manifestaciones de conductas agresivas en los pacientes.

Educación constante en el Servicio de Traumatología a los profesionales que allí laboran sobre la importancia del buen manejo de las manifestaciones agresivas de los pacientes con el fin de brindar una mejor calidad de servicio en el área.

Instruir a todo el personal que por una u otra circunstancia realice pasantías y /o suplencias en el área de traumatología que este es un servicio especializado donde se brinda cuidados propios al paciente politraumatizado de una manera compleja y como siempre tomando en cuenta al individuo como un ser Biopsicosocial .

Brindar a cada paciente la atención y el cuidado propio para su patología con profesionalismo y calidad evitando en todo momento caer ante posibles juegos de palabras que puedan desencadenar conductas agresivas

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ÁLVAREZ, A (2002). Manifestaciones de la Conducta agresiva Ed. McGRAW-hill. 3ª edición. México
- ARÍAS, F. (2001). El Proyecto de Investigación. Guía para su Elaboración. Caracas, Venezuela. Consultores Asociados B. L. Servicios Editorial. Tercera edición.
- BALESTRINI, M. (1998). Como se elabora el Proyecto de Investigación. Caracas, Venezuela. Consultores Asociados B.L. Servicio Editorial.
- BALLESTEROS y CORTÉS, (2000). Desarrollo de la Expresividad Corporal. Barcelona: Inde.
- BANDURA (1986) Social Learning and Personality Development. New York: Hilt, Rinerhart and Wiston.
- BANDURA (2000) Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad. España. Editorial: Alianza Editorial
- BARLOW T. y DURAN F. (2001). Voces de la mente. Un enfoque sociocultural para el estudio de la Acción Mediada. España: Visor
- BERLK, F. (2000). Enfermería Fundamental. Barcelona: Masson.
- CASAL y LÓPEZ, (2001). Comportamiento. Granada: Universidad de Granada
- CASTRO, A. (1995). Modelos y teorías en Enfermería. Madrid: Mosby-Doyma.
- CHIAPPE, I. (1998). Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales. Barcelona: Rol.
- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA DE VENEZUELA (1999). Federación de Colegios de Enfermeras de Venezuela. Caracas
- CONDE, J. (2001). Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana de España.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999). Gaceta Oficial Extraordinaria 36.860. Fecha de 15 de diciembre de 1999
- CORTÉS, G. (2001) Psicología, Madrid, Morata.

- DOLLARD, C.; MILLAR, K. y col., (1938). Teoría de la Frustración. Editorial McGraw-Hill.
- DURKHEIM, E. (1938). Teorías Sociológicas de la Agresión. México: CECSA
- EDMUNDS y KENDRICK, (1980). Prevención de la violencia y resolución de conflictos, Madrid, Narcea
- ELLIS (1986). El abordaje de la conducta y su interacción con el medio. México: Editorial McGraw-Hill
- FLAMES, E. (2001) Metodología de la Investigación Holística. Editado por Fundación Sypal. Caracas
- FRÍAS, A. (2004). Perspectivas Evolutivas. Editorial Trillas: México
- GARCÍA y Tovar (2006), "Protocolo de Cuidados en la Atención del Paciente con politraumatismo en la Unidad de Emergencia del Hospital Central de Maracay". Universidad Nacional Experimental "Rómulo Gallegos";
- GARCÍA, B. (2000). Perfil y competencias del profesional de enfermería en el contexto institucional. Documento en línea. Disponible en <http://www.campus-oci.org/de/eb.htm>, consultada en Agosto, 15, 2008
- GARCÍA, Z. (2002) La afectividad en Enfermería. Caracas: Fundación Sypal
- GÓMEZ (2005) Cambios de Emociones. Sociología de la Educación. Dykinson, Madrid
- GONZÁLEZ, F (2004). Educating. Ithaca. N.Y. Cornell University Press
- GROSS, R (1998). Comunicación Terapéutica. Madrid, Sal Térrea
- HERNÁNDEZ Conesa J. Esteban Albert, M. (1999) Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- HERNÁNDEZ, Fernández y Baptista (2000). Metodología de la Investigación. México Editorial Mc. Graw-Hill. Interamericana, S. A. de C.V.
- HERNÁNDEZ, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (1998). Metodología de la Investigación. Editorial McGraw-Hill.
- HERRERO, C.y otros, (2002). Programa para Orientar en Enfermería. México: Editorial latinoamericana

- HULL, L. (1943) Actuaciones de Enfermería. Editorial Trillas.
- IYER, M. (2003). Conducta agresiva y su modelamiento. Centro de Investigaciones Psiquiátricas, psicológicas, sexológicas de Venezuela. Caracas
- JENKINS y ROCKE (2004) Realizaron un trabajo en la República de Irlanda, titulado "Violencia y abuso verbal contra el personal de enfermería durante accidentes en el departamento de Emergencias".
- LEY ORGÁNICA DE SALUD (1999). Gaceta Oficial N° 36. 579. de fecha de 11 de noviembre de 1998. Caracas / Venezuela.
- LLINAS, T. (2003). Adaptación al medio: Un proyecto educativo. Portugal: APTN
- LOLAS, T. (1991). J. Ética y valores para una excelente convivencia. Grupo Editorial Latinoamericano. Bogotá. Colombia
- LÓPEZ, G. (2006) Psicología de la Conducta. México DF. Editorial Interamericana
- MASLOW, W (1991) Teoría de las Necesidades citadas por Marriner, A. (1995) Modelos y Teorías en enfermería. 3^{ra} Edición. Editorial Mosby – Doima. España
- MESTRE, F. y SAMPER, O. (2002). Evaluación de valores y actitudes. Ante las conductas agresivas. España: Colección Hacer
- MOLES, J (1991); Como Hacer un Proyecto de Investigación. Caracas: Editorial Carlell, C.A
- MUSSEN y Otros (1990), Aspectos esenciales del desarrollo de la personalidad. México: Trillas México.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud (CIE- 10). El Autor.
- PALELLA S. y MARTINS F. (2004). El Paradigma de la Investigación Cualitativa. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Caracas
- PAVLOV, P (1963) citado por López, G (2006).
- PERDOMO, T. (1991). Manejo de conductas agresivas. Madrid: Gymnos
- PÉREZ (2005) "Actitud ante las agresiones. Buenos Aires Argentina.
- RAINE I. y SANMARTÍN, J. (2000). La conducta y los Modelos de Enfermería. Barcelona: Doyma

- REEVE, R. (2003). Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Barcelona: Masson.
- SABINO, C. (2002). El proceso de Investigación. Editorial Panapo. Caracas: Venezuela.
- SAMUDIO, F. (2001). Adaptación al medio: Un proyecto educativo. Portugal: APTN
- SKINER (1952), Psicología. Editorial Mc Graw Hill Interamericana de México. México
- TAMAYO J. y TAMAYO J. (2001). La investigación científica. Editorial Prentice Hall. México.
- UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA. (2002). Proceso de la Investigación Científica. El Autor.
- UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR (2007). Manual de Trabajos de Grado, de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador
- VENESS, (1996). Teorías y Modelos de Enfermería. México: Mc Graw-Hill-Interamericana.

Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!

ANEXOS

91

Created by eDocPrinter PDF Pro!!

Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!

**ANEXO A
MODELO DE CUESTIONARIO**

Created by eDocPrinter PDF Pro!!

Buy Now to Create PDF without Trial Watermark!!

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**CUESTIONARIO
DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN
EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL CENTRAL DE
MARACAY (HCM), CON EL FIN DE RECABAR INFORMACIÓN SOBRE
EL MANEJO DE CONDUCTAS AGRESIVAS**

Autoras:
Mirvig Peña
C.I. 12.168.173
Gregoria Fernández
C.I. 5.219.141
Maria Elena Velásquez
C.I. 4.394.445

Tutor: Lic Leyla Revello

Maracay, Septiembre de 2008

Created by eDocPrinter PDF Pro!!

INTRODUCCIÓN

A continuación se presentan una serie de acciones relacionadas con: MANEJO DE CONDUCTAS AHRESIVAS POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY (HCM).

Este instrumento de recolección de datos contiene preguntas cerradas que constituye la base para el análisis de la situación en el área de traumatología del Hospital Central de Maracay, lugar objeto de estudio.

Los datos observador solo serán conocidos y procesados para los fines de esta investigación, por lo que se empleará objetividad y veracidad en la visualización de las acciones efectuadas por los profesionales de enfermería.

Instrucciones de Uso

Marque con una equis (X) la alternativa que se corresponde con la actuación de los profesionales de enfermería del área de traumatología del Hospital Central de Maracay (HCM).

En caso de presentarse otras informaciones que se consideren relevantes para la investigación serán incluidas al final del cuestionario.

(S) Siempre

(CS) Casi siempre

(AV) Algunas Veces

(CN) Casi Nunca

(N) Nunca

N°	Descripción	S	CS	AV	CN	N
1	Usted como profesional de enfermería del área de traumatología a presenciado al paciente golpeando la cama u otros objetos inanimados					
2	Ha sido víctima de algunas contusiones por parte de pacientes hospitalizados en el área de traumatología					
3	Al momento de notificarle al paciente hospitalizado en el área de traumatología que le serán tomadas nuevas muestras de laboratorio, observan que este empuña la mano y realiza movimientos bruscos hacia el profesional de enfermería					
4	Ha presenciado al paciente hospitalizado en el área de traumatología realizando movimientos bruscos incondicionados en los miembros inferiores dirigidos al profesional de enfermería del servicio					
5	Ha sido víctima por parte del paciente hospitalizado en el Servicio de Traumatología de movimientos oscilantes de los miembros inferiores al momento de brindarle cuidados de enfermería					
6	Cuando establece intercambio con los pacientes hospitalizados en el área de traumatología escucha que los mismos se dirigen a su persona de manera ofensiva					
7	Cuando como profesional de enfermería le notifica al paciente que necesita de donantes de sangre para poder ser procesado su turno quirúrgico este responde con palabras obscenas					
8	En el Servicio de Traumatología cuando se les indican a los pacientes hospitalizados las normativas del Servicio estos responden al profesional enfermería en un tono de voz elevado y desafiante					
9	Ha observado como profesional de enfermería del área de traumatología que los pacientes adoptan muecas de burla al					

	momento de brindarles algún cuidado de enfermería					
10	Cuando le informa como profesional de enfermería al paciente hospitalizado que tiene alguna ínter consulta, esta al no estar de acuerdo frunce el ceño, une los labios y cruza los brazos como señal de disgusto					
11	Como profesional de enfermería ha presenciado la utilización de movimientos corporales obscenos cuando le informa al paciente hospitalizado que debe adquirir algún medicamento ya que no hay existencia en el servicio					
12	Usted como profesional de enfermería encargado del área de traumatología al momento de informarle al paciente hospitalizado que su turno quirúrgico ha sido omitido por algún motivo, ha observado que este llora, grita, gesticula e insulta					
13	Cuando se realizan curas post-operatorias a los pacientes hospitalizados y le solicitamos su colaboración este responde con gritos, palabras ofensivas y gesticulaciones					
14	El paciente hospitalizado cuando se le indica cambios de horario para sus curas operatorias, este comienza a sudar y temblar					
15	Como profesional de enfermería le notifica al paciente hospitalizado que debe adquirir algún material de osteo-síntesis este se observa tembloroso incomodo e inconforme ante tal solicitud					