



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

DIMENSIONES DEL CONFORT ENFOCADAS EN LA TEORÍA DE KOLCABA EN PACIENTES ENCAMADOS. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL. IBARRA, 2019.

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada  
En enfermería

**AUTORA:** Emy Donatella Yapud Vizcaino

**DIRECTORA:** Msc. María Fernanda Valle Dávila

IBARRA - ECUADOR

2020

## CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**DIMENSIONES DEL CONFORT ENFOCADAS EN LA TEORÍA DE KOLCABA EN PACIENTES ENCAMADOS. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2019.**”, de autoría de EMY DONATELLA YAPUD VIZCAINO para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de febrero del 2020

**Lo certifico**

(Firma).....

MSc. María Fernanda Valle Dávila

C.C:1003032099

**DIRECTORA DE TESIS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**  
**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	0401776141		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Emy Donatella Yapud Vizcaino		
<b>DIRECCIÓN:</b>	El Olivo		
<b>EMAIL:</b>	donatellayapud@gmail.com		
<b>TELÉFONO FIJO:</b> 2985785		<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0939431924
<b>DATOS DE LA OBRA</b>			
<b>TÍTULO:</b>	“DIMENSIONES DEL CONFORT ENFOCADAS EN LA TEORÍA DE KOLCABA EN PACIENTES ENCAMADOS. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2019.”		
<b>AUTOR (ES):</b>	Emy Donatella Yapud Vizcaino		
<b>FECHA:</b>	2020-03-08		
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>			
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>		
<b>TITULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciatura en Enfermería		
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	MSc. María Fernanda Valle		

## 2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 10 días del mes de marzo del 2020

### LA AUTORA

(Firma).....

Emy Donatella Yapud Vizcaino

C.I.: 0401776141

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, a los 10 días del mes de marzo del 2020

**EMY DONATELLA YAPUD VIZCAINO** "DIMENSIONES DEL CONFORT ENFOCADAS EN LA TEORÍA DE KOLCABA EN PACIENTES ENCAMADOS. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2019" / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 2020.

**DIRECTORA:** MSc. María Fernanda Valle

El principal objetivo de la presente investigación fue, establecer las dimensiones del confort enfocadas en la teoría de Kolcaba en pacientes encamados del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2019.

- Entre los objetivos específicos se encuentran: caracterizar sociodemográficamente la población de estudio.
- Categorizar las dimensiones del confort en pacientes encamados según la teoría de Kolcaba.
- Diseñar una guía sobre el confort del paciente encamado enfocada en la teoría de Kolcaba.

**Fecha:** Ibarra, a los 10 días del mes de marzo del 2020



MSc, María Fernanda Valle

**Directora**



Emy Donatella Yapud Vizcaino

**Autora**

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme salud y estar a mi lado en cada paso que doy, cuidándome, dándome fortaleza y guiándome en el trayecto de mi vida para cumplir mis metas profesionales y personales.

A mis padres Lucia Vizcaino y Fabian Yapud, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. A mi hermana Dayra Yapud por ser mi guía además de un ejemplo a seguir.

A mi tía Yolanda Herrera, por apoyarme siempre ser amorosa y darme consejos que me han ayudado a crecer como persona. A mi prima Verónica Ayala por ser una hermana más.

A mi tutora Msc María Fernanda Valle quien ha contribuido con sus conocimientos para la elaboración de este presente trabajo investigativo.

*Emy Donatella Yapud Vizcaino*

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar a Dios por haberme guiado por el camino de la felicidad hasta ahora; a cada uno de los que son parte de mi familia quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

A la Universidad Técnica del Norte específicamente a la Carrera de Enfermería y a sus docentes que con sus enseñanzas nos han brindado herramientas para la utilización en la vida profesional, de manera especial a mi tutora Msc María Fernanda Valle quien ha dedicado tiempo para la elaboración de este trabajo, me ha guiado en base a sus conocimientos y experiencia laboral para así poder plasmar mis ideas y obtener un buen resultado. A la Msc. Eva López, Msc. Paola Tito, Msc Maritza Álvarez les agradezco por sus aportaciones para mejorar este trabajo investigativo.

A las personas que siempre van a tener un espacio guardado en mi corazón: Gabriel, Edison, Víctor, Gaby, Yaja me siento agradecida con cada uno y a la vez bendecida por poder contar con ustedes tanto en los momentos buenos y malos.

*Emy Donatella Yapud Vizcaino*

## ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS .....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO .....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
TEMA .....	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. El Problema de la Investigación.....	1
1.1. Planteamiento del Problema .....	1
1.2. Formulación del Problema.....	3
1.3. Justificación .....	3
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General .....	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Preguntas de investigación.....	5
CAPÍTULO II .....	7
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Marco Referencial.....	7

2.1.1. Adaptación cultural y confiabilidad del General Comfort Questionnaire para pacientes renales crónicos en Brasil, 2017.....	7
2.1.2. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. Colombia, 2017. ....	8
2.1.3. La teoría del confort como apoyo para un cuidado de enfermería clínico seguro. Brasil, 2016. ....	8
2.1.4. Experiencias significativas vivenciadas durante la aplicación de cuidado de enfermería desde la teoría del confort, Colombia, 2018. ....	9
2.1.5. Confort como resultado de la atención de enfermería: una revisión integradora. Brasil, 2015. ....	10
2.2. Marco contextual.....	11
2.2.1. Historia.....	11
2.2.2. Visión y misión .....	12
2.2.3. Servicios que ofrece .....	12
2.2.4. Horario .....	14
2.2.5. Ubicación del hospital San Vicente de Paúl .....	14
2.2.6. Diagnostico territorial .....	14
2.3. Marco Conceptual.....	14
2.3.1. La teoría del confort de Katharine Kolcaba .....	14
2.3.2. Definiciones conceptuales en base a la teoria de kolcaba.....	20
2.3.3. Paciente encamado .....	21
2.3.4. Tipos de confort .....	22
2.3.5. Dimensión en el que se produce el confort e intervenciones .....	23
2.4. Marco Legal y Ético .....	37
2.4.1. Marco Legal .....	37
2.2.2. Marco Ético.....	38
CAPÍTULO III.....	42

3. Metodología de la Investigación .....	42
3.1. Diseño de la Investigación .....	42
3.2. Tipo de la Investigación.....	42
3.3. Localización y Ubicación del Estudio .....	43
3.3.1. Universo .....	43
3-3.2. Muestra .....	43
3.3.3. Criterios de inclusión .....	44
3.3.4. Criterios de Exclusión.....	44
3.4. Operalización de variables.....	45
3.5. Método de recolección de información .....	57
3.5.1. Encuesta .....	57
3.6. Análisis de información.....	57
CAPÍTULO IV.....	58
4. Resultados de la investigación .....	58
4.1. Características sociodemográficas.....	58
CAPÍTULO V .....	75
5. Conclusiones y recomendaciones .....	75
5.1. Conclusiones.....	75
5.2. Recomendaciones .....	76
BIBLIOGRAFÍA .....	78
ANEXOS .....	87
Anexo 1. Hoja de recolección de datos .....	87
Anexo2. Guía (portada).....	89
Anexo 3. Archivo fotográfico (aplicación de encuestas) .....	90

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Datos sociodemográficos .....	58
Gráfico 2 Principales diagnósticos médicos .....	60
Gráfico 3 Dimensión física del confort en pacientes encamados .....	62
Gráfico 4 Dimensión psicoespiritual del confort en pacientes encamados.....	66
Gráfico 5. Dimensión ambiental del confort en pacientes encamados .....	69
Gráfico 6. Dimensión social del confort en pacientes encamados.....	72

## RESUMEN

“Dimensiones del confort enfocadas en la teoría de Kolcaba en pacientes encamados. Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2019.”

Autor: Emy Donatella Yapud Vizcaino

Correo electrónico: donatellayapud@gmail.com

El confort es el estado que experimentan los receptores de las intervenciones. Es la experiencia holística e inmediata que actúa como antídoto contra los factores de estrés inherentes en situaciones sanitarias de hoy. Objetivo: Establecer las dimensiones del confort enfocadas en la teoría de Kolcaba en pacientes encamados del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2019. Estudio de abordaje cuantitativo no experimental, tipo descriptivo y transversal. El muestreo constó de 86 pacientes del área de Medicina Interna. Se aplicó como instrumento el S-GCQ (General Comfort Questionnaire spanish) el mismo que consta de 48 ítems y resume los diferentes tipos de confort: alivio tranquilidad y trascendencia además de cuatro dimensiones en el que se produce el confort: físico psicoespiritual, ambiental, social. Resultados: El 40% de usuarios oscila en un rango etario de 35 a 64 años, el 52% pertenece al sexo femenino el 71% posee instrucción primaria. Las principales patologías identificadas son: hipertensión arterial 18%, diabetes mellitus tipo I y tipo II 17% e insuficiencia renal 12%. En relación a la dimensión física en la que se produce el confort se destaca que 52% presenta dificultad para soportar el dolor. La dimensión psicoespiritual indica que 40% de los encuestados anímicamente no se sienten contentos mientras que el 67% manifiesta que la fe le ayuda a no sentir miedo. En cuanto a la dimensión ambiental el 48 % manifiesta no tener suficiente intimidad. En la dimensión social se evidenció que el 54% no tiene una persona en concreto que le cuide. Se concluye que los pacientes en relación a las afirmaciones de las cuatro dimensiones en las que se produce el confort se encuentran mayoritariamente en desacuerdo lo que lleva a pensar que la comodidad está viéndose afectada.

Palabras clave: confort, dimensiones

## ABSTRACT

"Dimensions of comfort focused on the theory of Kolcaba in bedridden patients. Hospital San Vicente de Paul- Ibarra, 2019. "

Author: Emy Donatella Yapud Vizcaino

Email: donatellayapud@gmail.com

Comfort theory is based on humanistic and holistic needs of patients, it acts as an antidote to the stresses inherent in health situations today. Objective: to establish the dimensions of the comfort-focused theory in bedridden patients Kolcaba at Hospital San Vicente de Paul-Ibarra 2019. This is a quantitative, non-experimental, descriptive and transversal study. The sample consisted of 86 patients in the area of Internal Medicine. It was applied as the instrument S-GCQ (General Comfort Questionnaire Spanish), it consists of 48 items and summarizes the different types of comfort: relief tranquility and transcendence in addition to four dimensions in which comfort occurs; psicoespiritual, environmental, social physique. Results: 40% of users in age range of 35-64 years old, 52% belongs to females; 71% has primary education. The main pathologies identified are: hypertension 18%, diabetes mellitus type I and type II 17%; renal failure 12%. Regarding the physical dimension that occurs comfort stresses that 52% have difficulty to withstand the pain. The psicoespiritual dimension indicates 40% of respondents do not feel emotionally happy while 67% say that faith helps not to feel fear. In relation to the environmental dimension 48% said not to have enough privacy. In the social dimension it was evident that 54% do not have a specific person to care of them. This study concluded that patients regarding claims within four dimensions in which it occurs comfort mostly disagree by to saying that comfort is being affected.

Keywords: comfort, dimensions



## **TEMA**

“DIMENSIONES DEL CONFORT ENFOCADAS EN LA TEORÍA DE KOLCABA EN PACIENTES ENCAMADOS. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2019.”

# CAPÍTULO I

## 1. El Problema de la Investigación

### 1.1. Planteamiento del Problema

La teoría del confort fue creada a partir de la importancia del confort en la atención médica, en el año 1900 se utilizaba este termino de manera general donde se destacaba que una enfermera eficiente era aquella que hiciera que sus pacientes se sientan cómodos y proveía una atmosfera de confort. Anteriormente en 1859 Nightingale reconoció que la observación sirve para salvar vidas aumentar la salud y comodidad por lo tanto brindar confort es un valor otorgado a la enfermería y parte primordial en la práctica enfermera (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró un concepto en 1947, que afirma que la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" esta noción en cierta medida está alineado con el modelo holístico el cual ha sido utilizado como fundamento para desarrollar la teoría del confort (2).

Kolcaba define la comodidad como un estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionar bienestar, la aplicación en la práctica plantea un reto profesional de una gran dimensión, en tanto que permitirá, profundizar en las estrategias necesarias para incorporar cuidados terapéuticos de comodidad, que alivien las incertidumbres producidas por la incomodidad que genera la inmovilidad. Es la autora Katharine Kolcaba quien tras la revisión bibliográfica obtuvo tres tipos de confort: alivio tranquilidad y trascendencia además de cuatro dimensiones en el que se produce el confort físico psicoespiritual, ambiental, social se yuxtaponen y crean una matriz la cual ayudó a construir el instrumento S-GCQ (General Comfort Questionnaire spanish).

A nivel de América latina se han realizado diferentes estudios y guías de aprendizaje que permiten al profesional de enfermería realizar actividades encaminadas a mejorar la comodidad del paciente y realizar procedimientos que favorecen la salud. En

Colombia se realizó un estudio con el fin de gerencia el cuidado, desde la concepción de un modelo teórico y la utilización del proceso de enfermería como herramienta de trabajo, identificando las necesidades de confort y de esta manera establecer las medidas sin importar la edad, ni el diagnóstico médico (3).

En Ecuador a través de un estudio sobre complicaciones por encamamiento prolongado realizado en Cuenca, se obtuvo que el 69% de pacientes presentaron complicaciones más frecuentes relacionadas con la inmovilidad principalmente adultos mayores de 70 años con patologías del sistema circulatorio. Por lo que se puede señalar que; El funcionamiento del organismo humano se ve afectado notablemente cuando un individuo disminuye su grado de movilidad física y autocuidado (4).

El profesional de enfermería deberá asegurar la satisfacción de las necesidades de higiene y confort de los pacientes, así se proporciona seguridad, comodidad y bienestar. Durante la provisión de los cuidados de enfermería se presenta una oportunidad para que el profesional de enfermería se comunice con el paciente, evalúe el estado físico y psicológico, identifique posibles ansiedades y temores, planifique los cuidados y brinde una atención individualizada (5).

Frente a esta problemática se elaboró la presente investigación tomando en cuenta que en el Hospital San Vicente de Paúl se atiende a pacientes encamados ya sea por un tiempo prolongado o corto por lo cual requieren la aplicación de medidas de confort para satisfacer sus necesidades básicas y evitar problemas adyacentes que puedan desencadenar complicaciones tales como úlceras por presión, atrofia y debilidad muscular, riesgo de trombosis, retención de secreciones, riesgo de infecciones por incontinencia urinaria y predisposición a infecciones respiratorias las cuales se pueden prevenir y mejorar la estancia hospitalaria.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuáles son dimensiones del Confort enfocadas en la Teoría de Kolcaba en pacientes encamados, Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2019?

## **1.3. Justificación**

La teoría del confort tiene gran importancia desde la practica en la disciplina de enfermería ya que guía a las enfermeras en la planificación de los cuidados y proporciona una forma de validar la mejoría del confort después de aplicar las intervenciones por lo tanto las medidas de comodidad van orientadas a proporcionar un entorno tranquilo y agradable para así poder satisfacer las necesidades de descanso, sueño, nutrición, eliminación e higiene así como las necesidades mentales que pudieran verse perturbadas por la aparición de la enfermedad.

Este estudio es de relevancia científica por que no se ha encontrado evidencias de la aplicación de la escala S-GCQ (General Comfort Questionnaire spanish) en el entorno de los pacientes hospitalizados en la provincia de Imbabura. Se observó que en el área de medicina interna del Hospital San Vicente de Paúl los pacientes requieren varios días de hospitalización en los cuales se brindan cuidados especiales que requieren la aplicación cuidados basados en evidencia científica como son las diferentes teorías en este caso la teoría de confort de “Katharina Kolcaba” por lo que se realizó este trabajo con el fin de obtener beneficios con respecto a la salud y recuperación

Contribuyó al cumplimiento del primer objetivo del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida, que es garantizar una vida digna con iguales oportunidades. Tomando en cuenta que la salud es uno de factores fundamentales de una vida digna y contribuye al desarrollo tanto individual como colectivo. Mediante la aplicación de medidas de confort basadas en evidencia científica se pretende mejorar la calidad de atención y consecuentemente la estadía hospitalaria de los pacientes que se encuentran en situación de inmovilidad.

Los beneficiarios directos del trabajo investigativo fue para el autor ya que logró poner práctica sus conocimientos y ejercer el rol investigativo de enfermería. El servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl ya que se logró mejorar el confort del paciente encamado mediante un instrumento para mejorar el manejo del paciente encamado para con ello brindar una atención de calidad y calidez. También la Universidad Técnica del Norte ya que cuenta con un trabajo fruto de la formación profesional y trabajo universitario. Como beneficiarios indirectos se encuentran las futuras generaciones de estudiantes de la rama de la salud ya que tomaran como referente la presente investigación

La investigación fue factible y viable ya que el servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl los pacientes requieren de más de tres días de hospitalización por lo que se consideran encamados. También se contó con la apertura y el apoyo por parte de la institución para su realización. Como aporte de la investigación se elaboró una guía sobre el confort del paciente encamado enfocada en la teoría de Kolcaba la cual mejoró la aplicación de medidas de confort y el conocimiento tanto del paciente como del familiar.

## **1.4.Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Establecer las dimensiones del confort enfocadas en la teoría de Kolcaba en pacientes encamados del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2019.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar sociodemográficamente la población de estudio.
- Categorizar las dimensiones del confort en pacientes encamados según la teoría de Kolcaba.
- Diseñar una guía sobre el confort del paciente encamado enfocada en la teoría de Kolcaba.

## **1.5.Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?
- ¿Cuáles son las dimensiones del confort en pacientes encamados según la teoría de Kolcaba?

- ¿Contribuirá una guía enfocada en la teoría de Kolcaba a mejorar el confort del paciente encamado?

## **CAPÍTULO II**

### **2. Marco Teórico**

#### **2.1. Marco Referencial**

##### **2.1.1. Adaptación cultural y confiabilidad del General Comfort Questionnaire para pacientes renales crónicos en Brasil, 2017.**

General Comfort Questionnaire (GCQ), es un instrumento para medir el bienestar e identificar aspectos positivos y negativos involucrados en el cuidado de un paciente como resultado de las acciones del área de enfermería, este estudio tiene como objetivo realizar la adaptación cultural y evaluar la confiabilidad de la versión brasileña del GCQ entre pacientes renales crónicos en hemodiálisis (6).

Estudio metodológico, cuantitativo, con un delineamiento transversal. Se realizó un test previo con 80 pacientes renales crónicos en tratamiento en hemodiálisis. La confiabilidad fue verificada de acuerdo con la consistencia interna (alfa de Cronbach) como resultado el consenso general del instrumento obtuvo 94,3% de equivalencia. Fueron modificados 21 ítems del instrumento. De estos, solamente dos sufrieron alteraciones semánticas e idiomáticas. Los otros 19 sufrieron pocas modificaciones, tales como inversión de palabras en la oración y sustitución de algún término sinónimo correspondiente. El alfa de Cronbach fue 0,80 lo que indica óptima consistencia interna (6).

La validez de la versión en portugués del instrumento se presenta como un recurso útil y relevante en el contexto clínico, disponible para los enfermeros nefrólogos; éste ayuda en la toma de decisión para las intervenciones de enfermería realizadas de acuerdo con el nivel de bienestar y dominio, posibilita reconocer factores modificables ya sea físico, sociocultural, ambiental y psicoespiritual (6).

### **2.1.2. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. Colombia, 2017.**

La comodidad en salud hace referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción. En los últimos 20 años las Unidades de Cuidado Intensivo han tomado importancia la cual radica en la complejidad del tratamiento al enfermo grave y por su condición médica depende el 100% del personal de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas este estudio pretende asociar los factores sociodemográficos a las dimensiones de la comodidad (físico, social, psicoespiritual y ambiental) de los pacientes hospitalizados en la UCI (7).

Este es un estudio analítico transversal, realizado a 160 pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidado Intensivo e intermedio de cuatro instituciones de la ciudad de Cartagena, durante los meses de julio a septiembre del 2014. Se utilizaron dos instrumentos, la encuesta sociodemográfica y el cuestionario general de comodidad de Kolcaba además se utilizaron la estadística descriptiva y una prueba de regresión logística para el manejo de los datos (7).

Predominó el tipo de confort trascendencia en las dimensiones social, psicoespiritual y física y en la dimensión ambiental el tipo de confort alcanzado fue la tranquilidad. Se encontró que los pacientes con un mayor estrato socioeconómico presentaron menor probabilidad de sentir comodidad durante su hospitalización; en la dimensión social, los pacientes con mayor educación tuvieron mayor probabilidad de sentirse cómodo. El pertenecer a un estrato socioeconómico mayor que 2, reduce la probabilidad de que el paciente hospitalizado se sienta cómodo en las dimensiones ambiental y física (7).

### **2.1.3. La teoría del confort como apoyo para un cuidado de enfermería clínico seguro. Brasil, 2016.**

El estudio tuvo como objetivo reflexionar sobre la teoría de comodidad y sus orígenes filosóficos teórico-como apoyo para la atención clínica de enfermería a individuos,

familias y comunidades. Kolcaba cree que el estado de comodidad presupone la ausencia de preocupación, dolor, sufrimiento, entre otros, como causa o efecto de incomodidad. En consecuencia, la atención de enfermería debe estar dirigida de acuerdo a las necesidades reales expresadas por el sujeto (8).

Los profesionales de la salud deben reflexionar sobre sus acciones para el cuidado de la salud, identificar la comodidad que el paciente precisa con el fin de planificar una atención de enfermería que se adapte a las necesidades para lograr una mejora de la atención y contribuir a la seguridad en las prácticas en salud incluyendo la satisfacción del paciente, reducción de costes, reducción de la morbilidad y hospitalizaciones (8).

Con el fin de lograr una eficacia deseada dentro del cuidado enfermero sus acciones deben basarse en conocimiento y aplicación del mismo dentro de las instituciones ya sean públicas o privadas, es preciso construir espacios para la discusión de casos clínicos estos cooperan en fortalecer el conocimiento, porque no hay curación sin el cuidado del personal de enfermería lo que contribuye a un acercamiento entre la teoría y la práctica (8).

#### **2.1.4. Experiencias significativas vivenciadas durante la aplicación de cuidado de enfermería desde la teoría del confort, Colombia, 2018.**

Para Kolcaba la comodidad del paciente es un objetivo de la práctica de enfermería y una función terapéutica de enfermería. El objetivo de esta investigación fue aplicar la teoría de mediano rango de confort de Katharine Kolcaba, se usó una población de 23 sujetos pertenecientes al Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Pamplona así como Hospital Universitario Erasmo Meóz de la ciudad de Cúcuta, se realizó la investigación en 5 sujetos pertenecientes a la población global, de ellos se observaron resultados preponderantes luego de la aplicación de la teoría del confort durante el cuidado (9).

Como métodos de recuperación se utilizaron los planes de cuidado y la bitácora. Para el análisis de los datos obtenidos posterior a la valoración de las necesidades e intervenciones de confort, se establece la triangulación de variables en donde se resumen las necesidades en cada uno de los contextos del confort, físico,

psicoespiritual, ambiental, social y la afectación directa en la comodidad, el alivio, la tranquilidad y la trascendencia, teniendo en cuenta las vivencias con los pacientes se establecen los conceptos de confort, tipos de confort y necesidades de comodidad según los contextos (9).

Uno de los resultados importantes es que al satisfacer las necesidades psicoespirituales se pueden aliviar problemas a nivel físico y viceversa, intervenciones oportunas en el contexto físico, evita la aparición problemas como la ansiedad, preocupación o estados de tristeza. La aplicación de cuidado de enfermería desde la teoría del confort, constituye una herramienta importante para la transformación del cuidado y el reconocimiento profesional (9).

#### **2.1.5. Confort como resultado de la atención de enfermería: una revisión integradora. Brasil, 2015.**

La comodidad es lo que resultará de los cuidados de enfermería y tiene diferentes significados de persona a persona así como de las realidades que viven el objetivo de esta revisión es identificar las medidas de confort como resultado de la atención de enfermería en los artículos publicados por las enfermeras brasileñas, teniendo en cuenta las bases de la teoría de la comodidad Katharine Kolcaba (10).

Es una revisión integral sobre el cuidado de la comodidad que ha utilizado como fuente de recopilación de datos 4.973 textos publicados en la biblioteca virtual en salud. Con los criterios de inclusión: por completo en portugués en línea últimos diez años y que tienen las enfermeras de los autores como muestra se tomaron un total de 41 artículos. El corpus corresponde a los contenidos mencionados en los artículos como de enfermería para la comodidad, por un total de 191 unidades de análisis temático (10).

Cuando se realiza la distribución de estas unidades de acuerdo con los contextos de la de la teoría de comodidad se obtuvo lo siguiente: 90 (47%) en el contexto físico, 53 (28%) en el contexto sociocultural, 33 (17%) en el Psicoespiritual Contexto y 15 (8%) el contexto ambiental. Con esto fue posible entender la relación entre el cuidado de alivio y cuidados paliativos, existen diferentes prácticas de enfermería para satisfacer

las necesidades de confort de los pacientes como medio para aliviar el sufrimiento (10).

## **2.2. Marco contextual**

### **2.2.1. Historia**

Cuando se fundó la villa de San Miguel de Ibarra el 28 de septiembre de 1606, una de las primeras preocupaciones de los fundadores fue la de establecer una casa de hospital para mitigar el sufrimiento de los pobres naturales y señores de dicha villa que están en desamparo ante los males del cuerpo. Ya en 1641 se habla del hospital de la Misericordia de nuestro señor Jesucristo este hospital recibe los bienes del Capitán Don Francisco López para los gastos de los pobres según escribe el sacerdote Navas (11).

En la madrugada de 1868, Ibarra y sus comarcas fueron destruidas por un terrible terremoto, por la actitud y la fuerza de voluntad del Doctor Gabriel García Moreno, es reconstruida la Ciudad de Ibarra, cuyos habitantes volvieron a sus solares desde los llanos de la Esperanza, el 28 de Abril de 1872 y el Hospital de Ibarra es reconstruido bajo los planos del Hermano Benito Aulin, de las escuelas Cristianas, con el nombre de Hospital San Vicente de Paúl, entidad que fue considerada en su época como uno de los mejores de América. Este edificio antiguo que se encuentra hasta la actualidad en las calles Juan Montalvo y Salinas de la ciudad de Ibarra, en la actualidad es utilizado como centro de educación Superior de la Universidad Técnica del Norte (11).

En el año 1979, se comienza a conversar del nuevo edificio del Hospital, entre los legisladores y autoridades de esa época, después de largas liberaciones y entrevistas con el Ministro de Salud y el Presidente de la Republica, se le entrega los estudios para la construcción y equipamiento a una firma Italiana, los terrenos son expropiados a la señora Rosa Gómez de la Torres y se coloca la primera piedra el 23 de enero de 1981, después de 10 años de intenso trabajo, el 23 de abril de 1991 es inaugurado el nuevo edificio del Hospital durante la Presidencia del Doctor Rodrigo Borja y siendo Director

del Hospital el Doctor José Albuja, siendo un hito de gran relevancia para la comunidad de las provincias del norte del país (12).

### **2.2.2. Visión y misión**

#### **Visión**

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente (13).

#### **Misión**

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social (13).

### **2.2.3. Servicios que ofrece**

El Hospital San Vicente de Paúl tiene camas funcionales de 179 distribuidas de la siguiente manera: el servicio de Ginecología con la mayor dotación de camas con 41 camas, seguida el servicio de Medicina Interna con 39 camas, el servicio de Cirugía cuanta con 32 camas, el servicio de Pediatría cuenta con 24 camas, el servicio de Traumatología cuenta con 20 camas, el servicio de Neonatología con 17 camas, el servicio de UCI 6 camas (12).

Especialidades quirúrgicas:

- Cirugía general
- Cirugía plástica
- Ginecología
- Otorrinolaringológica
- Urológica
- Traumatológica

#### Especialidades clínicas

- Medicina interna
- Gastroenterología
- Nefrología
- Cardiología
- Geriátrica clínica
- Dermatología
- Infectología – dermatología
- Coloproctología

#### Unidades críticas

- Emergencia
- Centro quirúrgico
- Unidad Terapia Intensiva
- Unidad Terapia Intensiva Neonatales

#### Unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico

- Farmacia
- Laboratorio
- Imagenología
- Rehabilitación y Terapia Física
- Salud Mental
- Nutrición Clínica

#### **2.2.4. Horario**

Emergencia 24 horas

Consulta externa 7:30 a 18:00

#### **2.2.5. Ubicación del hospital San Vicente de Paúl**

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la provincia de Imbabura, cantón Ibarra, parroquia el Sagrario, entre las calles Luis Vargas torres y Luis C. Gómez Jurado, como puntos de referencia importantes se tiene las infraestructuras del redondel Ajaví y el coliseo Luis Leoro Franco (14).

#### **2.2.6. Diagnostico territorial**

El Hospital San Vicente de Paúl es una entidad provincial de segundo nivel, , atiende en consulta externa y emergencia, siendo un hospital de referencia zonal, alcanza niveles de sobredemanda debido a factores como la gran afluencia de pacientes en la actualidad llegan pacientes de Carchi, Cayambe, Sucumbíos, Esmeraldas y hasta del sur de Colombia (14).

### **2.3. Marco Conceptual**

#### **2.3.1. La teoría del confort de Katharine Kolcaba**

- **Biografía**

Katharine Kolcaba nació y recibió su educación en Cleveland (Ohio). En 1965 se diplomó en enfermería y trabajó a tiempo parcial durante algunos años en enfermería médico-quirúrgica, cuidados de larga duración y cuidado domiciliario antes de volver a estudiar. En 1987 obtuvo la primera licenciatura superior que se realizaba en

enfermería en la escuela de enfermería Frances Payne Bolton de la Case Western Reserve University (CWRU) con una especialidad en gerontología. Mientras estudiaba, compartió el cargo de enfermera jefe de una unidad de demencia fue en el contexto de esta experiencia donde empezó a teorizar acerca de la comodidad o confort (15).

Después de completar un máster en enfermería, Kolcaba empezó a trabajar como profesora en la University of Akron College of Nursing. Obtuvo y conserva el certificado de gerontología de la American Nurses Association (ANA). Volvió a la CWRU para realizar un doctorado en enfermería a tiempo parcial mientras continuaba trabajando como profesora (15).

Durante los siguientes 10 años utilizó el trabajo en su doctorado para desarrollar una teoría y demostrarla. Publicó un análisis del concepto del confort con su marido, que es filósofo, elaboró un diagrama recogiendo los aspectos de la comodidad, utilizó la comodidad como objetivo del cuidado, contextualizó la comodidad en una teoría intermedia y demostró la teoría en un estudio de intervención (16).

En la actualidad, Kolcaba es profesora emérita asociada de enfermería en la University of Akron College of Nursing, donde sigue enseñando teorías de enfermería a tiempo parcial. Sus áreas de interés incluyen intervenciones y mediciones de confort para la práctica basada en datos científicos sigue viviendo en Cleveland con su marido donde disfruta de sus nietos y de su madre. Representa a su propia empresa (The Comfort Line) para ayudar a agencias sanitarias a aplicar la teoría del confort a nivel institucional. Es fundadora y coordinadora de un programa parroquial local para enfermeras es miembro de la ANA y de Sigma Theta Tau International. Kolcaba sigue trabajando con estudiantes que realizan estudios de confort (16).

- **Fuentes teóricas**

Kolcaba inició su trabajo teórico elaborando un diagrama de la práctica enfermera para sus estudios de doctorado. Cuando presentó su marco para el cuidado de la demencia

una persona del público preguntó: «¿Ha analizado el concepto de comodidad?» Kolcaba respondió que no, pero que sería su siguiente paso. Esa pregunta fue el principio de su larga investigación del concepto de confort (17).

El primer paso el prometido análisis del concepto empezó con una amplia revisión de la bibliografía existente sobre la comodidad en enfermería, medicina, psicología, psiquiatría y ergonomía y del uso que se hace de esta palabra en inglés especialmente, el uso que le dan Shakespeare y el Oxford English Dictionary, Kolcaba aprendió que la definición original de comodidad era «reconfortar enormemente», esta definición ofrecía una maravillosa justificación para que las enfermeras conforten a los pacientes (17).

Los relatos históricos de la comodidad en enfermería son numerosos. Por ejemplo, Nightingale (1859) declaró: «Nunca debemos olvidarnos del objetivo de la observación. La observación no sirve para recopilar datos diversos y hechos curiosos, sino para salvar vidas y promover la salud y la comodidad». De 1900 a 1929, la comodidad era el centro de la enfermería y de la medicina, ya que a través de ella se llegaba a la recuperación, la enfermera estaba obligada a prestar atención a los detalles que influyen en la comodidad del paciente (17).

Aikens (1908) propuso que a la hora de procurar la comodidad del paciente, no había que ignorar ningún detalle, la comodidad del paciente era el primero y el último objetivo ya que consideraba que una buena enfermera hace que los pacientes se sientan cómodos y proporcionar comodidad es uno de los factores determinantes de la capacidad y el carácter de un profesional de la salud (16).

Harmer (1926) afirmó que el cuidado enfermero consistía en proporcionar un «ambiente general de comodidad» y que el cuidado personal de los pacientes incluía prestar atención a «la felicidad, la comodidad y la tranquilidad tanto físicas como mentales», además del «descanso y el sueño, la nutrición, la higiene y la eliminación» dedicó un capítulo de su libro *The Technique of Nursing* a la comodidad del paciente. Escribió: «Siempre se juzga a una enfermera por su capacidad para hacer que el paciente se sienta cómodo, la comodidad es física y mental, y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico». En libros de texto de 1904, 1914 y 1919, la

comodidad emocional se denominó comodidad mental y dependía principalmente de la comodidad física y de la modificación del entorno de los pacientes (16).

En esos ejemplos, la comodidad es algo positivo y se consigue con la ayuda de las enfermeras y en algunos casos, indica la mejoría de una enfermedad o de un estado previo. Intuitivamente, la comodidad se asocia con la actividad de cuidado. Desde el principio, Kolcaba explicó sus características principales y a partir de la ergonomía, la relación directa que se establecía entre la comodidad y la realización de una tarea. Sin embargo, su significado suele estar implícito, oculto en el contexto y suele resultar ambiguo. El concepto varía semánticamente según sea verbo, nombre, adjetivo, adverbio, proceso o resultado (16).

Para sintetizar y elaborar los tipos de confort del análisis conceptual de Kolcaba, se utilizaron las obras de tres de las primeras teóricas enfermeras.

- El **alivio** se elaboró a partir del trabajo de Orlando (1961), quien postulaba que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes.
- Para la **tranquilidad**, se utilizó el trabajo de Henderson (1966), que describía las 13 funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse durante los cuidados.
- La **trascendencia** se redactó a partir de la obra de Paterson y Zderad (1975), quienes propusieron que los pacientes superan sus dificultades con la ayuda de las enfermeras (18).

A partir de la revisión de la bibliografía de enfermería se obtuvieron cuatro contextos de confort experimentados por los receptores de los cuidados. Los contextos son: físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental. Cuando los cuatro contextos seuxtaponen con los tres tipos de confort, se crea una estructura taxonómica a partir de la que se consideran las complejidades del confort como un resultado (19).

### **Conceptos metaparadigmáticos**

- **Enfermería**

Incluye valoración de las necesidades de la comodidad, diseño de las medidas para satisfacer esas necesidades y reevaluación de los niveles de después de la

implantación de dichas medidas, en comparación con la situación anterior. La valoración y revaloración puede ser intuitiva y/o subjetivas, por ejemplo cuando una enfermera le pregunta aún paciente si está cómodo, u objetivas, cuando observa la curación de una herida o cambios en los valores analíticos o conducta vales. La valoración puede realizarse mediante la administración de escalas visuales analógicas o cuestionarios tradicionales, ambos sistemas desarrollados por Kolcaba (20).

- **Paciente**

Los receptores del cuidado pueden ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesitan cuidados de salud.

- **Entorno**

Cualquier aspecto del paciente, familia o instituciones que la enfermera o familiares pueden manipular para que se sienta más cómodo.

- **Salud**

Es el funcionamiento óptimo de la persona, familiar o comunidad (20).

- **Bases conceptuales**

La teoría del confort contiene tres partes (predicados proposicionales) que se comprueban por separado o como un todo.

- La parte I afirma que las intervenciones de confort, si son eficaces, aumentan el confort en los receptores (pacientes y familias), en comparación con una preintervención basal. Los cuidadores pueden ser receptores si la institución se compromete a ofrecer confort en su entorno laboral. Las intervenciones de confort abordan necesidades humanas básicas, como reposo, homeostasis, comunicación terapéutica y tratamiento como seres holísticos estas intervenciones de confort habitualmente no son técnicas y complementan la prestación de asistencia técnica.

- La parte II afirma que el mayor confort de los receptores de los cuidados se traduce en la mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud que se negocian con los receptores.
- La parte III afirma que la mayor implicación en las conductas de búsqueda de la salud se traduce en una asistencia de mayor calidad, que beneficia a la institución y su capacidad de reunir pruebas para las mejores prácticas y políticas (15).

Kolcaba cree que las enfermeras quieren aplicar los cuidados de confort y que pueden incorporarse fácilmente en cada acción enfermera. Propone que este tipo de práctica de confort potencia la mayor creatividad y satisfacción de las enfermeras, además de la alta satisfacción de los pacientes para mejorar el confort, el profesional de enfermería debe suministrar las intervenciones apropiadas y documentar los resultados en el registro del paciente sin embargo, cuando la intervención adecuada se aplica de forma deliberada y reconfortante, quizás el confort aún no se potencia lo suficiente (21).

Cuando el confort aún no se aumenta al máximo, entonces las enfermeras consideran variables de intervención para explicar por qué no funciona el control del confort. Estas variables pueden ser hogares abusivos, falta de recursos económicos, diagnósticos devastadores o deterioros cognitivos que hacen ineficaces las intervenciones y acciones de comodidad más adecuadas. El control o cuidado del confort incluye intervenciones, acciones, el objetivo de mejorar el confort y la selección de conductas de búsqueda de la salud adecuada por pacientes, familias y enfermeras (21).

Por tanto, se propone que el control del confort sea proactivo, enérgico, deliberado y deseado por los receptores de los cuidados en todos los entornos. Para reforzar el rol de los profesionales de enfermería como agentes de confort, es esencial la documentación de los cambios en el confort antes y después de sus intervenciones. En el uso clínico, Kolcaba sugiere pedir a los pacientes que puntúen su grado de confort de 0 a 10, siendo 10 el máximo confort posible en una situación de atención sanitaria dada. Esta documentación podría formar parte de las bases de datos electrónicas en cada institución (21) (22).

### **2.3.2. Definiciones conceptuales en base a la teoría de Kolcaba**

- **Confort**

El confort es el estado que experimentan los receptores de las intervenciones de confort. Actúa como antídoto contra los factores de estrés inherentes en situaciones sanitarias de hoy es la experiencia inmediata y holística de fortalecerse cuando se abordan las necesidades para tres tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, social y ambiental) (23).

Para algunas personas puede significar el control suficiente del dolor para tener un par de horas de descanso; otros individuos pueden verlo como no experimentar tensión física y mental, y algunos más pueden considerar que ser atendido en un salón de lujo es sinónimo de confort. La palabra confort se deriva del latín confortare, que significa reforzar en gran medida. El diccionario Webster ofrece definiciones que incluyen «aliviar de la angustia, disminuir la miseria, estar libre de dolor y preocupaciones, mantener la calma e inspirar la esperanza». Desde una perspectiva holística, el confort puede verse como una sensación de paz física, emocional, social y espiritual, y bienestar (24).

- **Necesidades de cuidados de la salud**

Las necesidades de cuidados de la salud son necesidades para conseguir la comodidad que surgen a partir de situaciones estresantes de cuidado de la salud que los sistemas tradicionales de apoyo de los receptores no pueden satisfacer. Estas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales. Las necesidades se ponen de manifiesto a través del seguimiento, informes verbales y no verbales, parámetros fisiopatológicos, educación y de apoyo, y asesoramiento e intervención financiera (25).

- **Intervenciones de confort**

Las intervenciones de confort son intervenciones enfermeras diseñadas para estudiar necesidades específicas de comodidad de los receptores, como intervenciones

fisiológicas, sociales, culturales, financieras, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas (15).

- **Variables de intervención**

Las variables de intervención son fuerzas de interacción que influyen en las percepciones de comodidad total por parte de los receptores. Consisten en experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo, pronóstico, finanzas, educación, bagaje cultural y la totalidad de elementos de la experiencia de los receptores (26).

- **Conductas de búsqueda de la salud**

Schlotfeldt (1975) sintetizó una extensa categoría de resultados relacionados con la consecución de la salud definida por el(los) receptor(es) en consulta con las conductas de búsqueda de la salud de la enfermera, y propuso que eran internas, externas o enfocadas a conseguir una muerte tranquila (26).

- **Integridad institucional**

Corporaciones, comunidades, escuelas, hospitales, regiones, estados y países que poseen las cualidades de ser completos, totales, razonables, rectos, atractivos, éticos y sinceros. Cuando una institución muestra este tipo de integridad, genera pruebas para las mejores prácticas y las mejores políticas (26).

### **2.3.3. Paciente encamado**

Cuando hablamos de un paciente encamado nos referimos a una persona que por diferentes circunstancias se encuentra en una situación de inmovilidad, concepto que se entiende como una alteración de la capacidad de movimiento y desplazamiento del individuo en su medio. El ser humano está diseñado para estar en movimiento de ahí la importancia de movilizar a las personas con movilidad reducida (17).

La inmovilidad puede ser aguda o crónica

## **Aguda**

En un paciente encamado nos referimos a inmovilidad aguda cuando se habla de una duración de al menos 3 días provocada por medicamentos, fracturas, operaciones quirúrgicas, alteraciones hidroelectrolíticas e infecciones.

## **Crónica**

Debido a enfermedades que afectan el sistema musculoesquelético o a trastornos sensoriales, aunque puede ser múltiples factores.

Serán pacientes que requieran cuidados específicos que no puedan realizar por sí mismos de manera independiente y consecuentemente necesiten ciertos cuidados enfermeros específicos tanto para tratar su causa principal de encamamiento como cuidados generales relacionados con el proceso en cama y las complicaciones potenciales (27).

Los cuidados enfermeros irán encaminados a que el paciente sea más autosuficiente e independiente posible y a evitar problemas ajenos a la causa principal de encamamiento entre las complicaciones más frecuentes se encuentran: úlceras por presión, atrofia y debilidad muscular, riesgo de trombosis, retención de secreciones y consecuentemente predisposición de infecciones respiratorias, riesgo de infecciones por incontinencia urinaria y/o fecal (27).

### **2.3.4. Tipos de confort**

**Alivio:** el estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica, se refiere a la satisfacción de necesidades; es decir, se deben aliviar malestares en los pacientes.

**Tranquilidad:** el estado de calma o satisfacción, hace referencia a la persona entera, a la comodidad en la mente y cuerpo, estado de satisfacción y positivismo.

**Trascendencia:** estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o dolor, es independiente y se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y

engrandecen a una persona. La persona surge por encima del dolor o problemas se describió con los contextos sobre holismo (1).

### 2.3.5. Dimensión en el que se produce el confort e intervenciones

- **Físico:** perteneciente a las sensaciones del cuerpo. Aborda los factores que afectan el estado físico del paciente, como descanso y relajación, tratamiento de afecciones médicas, nivel de nutrición e hidratación y eliminación de desechos (28).

#### Necesidades de comodidad física

Homeostasis	Conferencias diarias con el equipo, valores de laboratorio, estado funcional, signos vitales, recuperación, dificultades que se espera después de ser dado de alta
Movilidad	Colocar las barandillas de la cama excepto una para movilización del paciente, mantener las camas en posiciones bajas, mantener suelos no resbaladizos, ofrecer ayudas para caminar incluyendo zapatos correctos
Eliminación	Rétire los catéteres lo antes posible, ofrecer inodoros portátiles
Manejo del dolor	Bombas de analgesia controlada cuando sea posible, medicamentos para el dolor, implementación de medidas de confort intencionales
Sensorial	Gafas audífonos, dentaduras en su lugar
Medicamentos	Respuestas/efectos secundarios tanto a viejos como nuevos medicamentos, seguimiento de los niveles terapéuticos para la edad
Nutrición	Evaluación de ingesta calórica y líquidos, implementación de recomendaciones nutricionales
Higiene	Cuidado oral, baño en cama
Posición	Sillas y camas cómodas, comer en posición correcta, técnicas de movilidad correctas.

Fuente: Información obtenida de The Comfort Line Elaborado por autora (29)

### Diagnósticos enfermeros enfocados en necesidades físicas

A continuación se describen algunos diagnósticos enfermeros encaminados a satisfacer las necesidades físicas que pueden aparecer en los pacientes encamados utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC.

NANDA	NOC
00214 Discomfort	(1608) Control de síntomas (2008) Estado de comodidad (2010) Estado de comodidad física
NIC	
(840) Cambio de posición <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar sobre un colchón / cama terapéuticos adecuados.</li> <li>• Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición si procede.</li> <li>• Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos).</li> </ul>	
(740) Cuidados del paciente encamado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar utilizar ropa de la cama con texturas ásperas</li> <li>• Subir las barandillas si procede</li> <li>• Cambiarlo de posición según indique el estado de la piel</li> </ul>	

NANDA	NOC
00088 Deterioro de la ambulación	(200) Ambular (208) Movilidad
NIC	
0221 Terapia de ejercicios: ambulación <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o a un lado de la silla, según tolerancia</li> <li>• Educar al paciente en una posición correcta el momento de su traslado</li> <li>• Ayudar al paciente</li> </ul>	

0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular

- Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento / actividad.
- Poner en marcha las medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
- Vestir al paciente con prendas cómodas.

NANDA	NOC
00046 Deterioro de la integridad cutánea	(204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas
NIC	
(740) Cuidados del paciente encamado	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivos y/o activos.</li> <li>• Ayudar con las medidas de higiene (uso de desodorante o perfume).</li> <li>• Aplicar antiembolismo.</li> </ul>	
(3500) Manejo de presiones	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad en la piel.</li> <li>• Comprobar la movilidad y actividad del paciente.</li> <li>• Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecido para vigilar factores de riesgo del paciente (escala de Norton).</li> </ul>	

NANDA	NOC
00155 Riesgo de caídas	(200) Ambular (1828) Conocimiento: prevención de caídas
NIC	
(6486) Manejo ambiental: seguridad	

- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del paciente.
- Iniciar y/o realizar programas de eliminación de peligros ambientales (plomo, radón).

(6490) Prevención de caídas

- Identificar déficit, cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, escaleras sin barandillas, etc.).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.

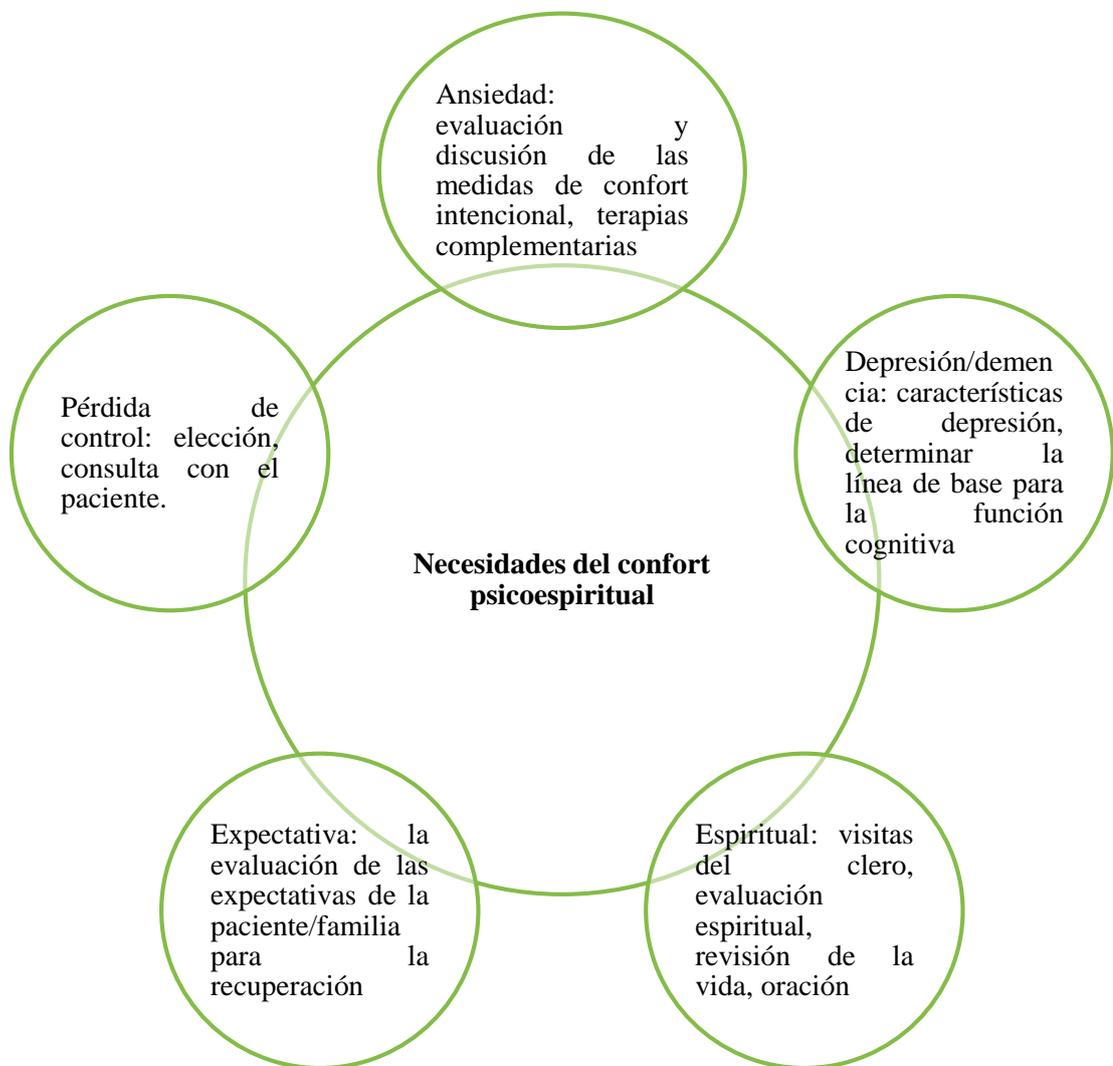
NANDA	NOC
00015 Riesgo de estreñimiento	(1014) Apetito (1008) Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos
NIC	
(1160) Monitorización nutricional	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar pacientes a los intervalos establecidos.</li> <li>• Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.</li> <li>• Observar si la piel está seca, despigmentada o descamada.</li> </ul>	
(1050) Ayuda con los autocuidados alimentación	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la dieta prescrita.</li> <li>• Disponer la bandeja de comida y la mesa de manera atractiva. (105003) Crear un ambiente placentero durante la comida (evitar objetos que recuerden situaciones desagradables).</li> </ul>	

NANDA	NOC
00040 Riesgo de síndrome de desuso	(918) Atención al lado afectado (1902) Control del riesgo
NIC	
<p>(0140) Fomentar los mecanismos corporales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al paciente sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatiga, tensiones o lesiones.</li> <li>• Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física.</li> <li>• Determinar la conciencia del paciente sobre las propias anormalidades musculoesqueléticas y los efectos potenciales de la postura y del tejido muscular.</li> </ul> <p>(2760) Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay respuestas anormales a los tres tipos principales de estímulos, visuales y auditivos.</li> <li>• Evaluar el estado mental guía, la comprensión, la función motora, la función sensorial, el grado de atención y las respuestas afectivas.</li> <li>• Colocar la comida y las bebidas dentro del campo visual y girar el plato, si es necesario.</li> </ul>	

Fuente: (30) Elaboración propia

- **Psicoespiritual:** el segundo tema de comodidad fue la autoestima, incluida la fe en dios, ser independiente, sentirse relajado, estar informado y sentirse útil. Aquí hubo una combinación de consuelo espiritual y psicológico, hace referencia al conocimiento interno del yo, incluidos la autoestima, el autoconcepto, el sexo y el significado de la vida; la relación de una persona con un orden o un estado superiores (31).

### Necesidades del confort psicoespiritual



Fuente: Fuente: Información obtenida de The Comfort Line Elaborado por autora

(29)

### Diagnósticos enfermeros enfocados en necesidades psicoespirituales

A continuación se describen algunos diagnósticos enfermeros encaminados a satisfacer las necesidades psicoespirituales que pueden aparecer en los pacientes encamados utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC.

NANDA	NOC
5310 Dar esperanza	(1300) Aceptación: Estado de salud
NIC	
(5230) Aumentar el afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>• Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.</li> <li>• Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.</li> <li>• Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.</li> </ul>	
(5270) Apoyo emocional <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo.</li> <li>• Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</li> </ul>	

NANDA	NOC
00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual	(2001) Salud espiritual
NIC	
(5420) Apoyo espiritual <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar al individuo con dignidad y respeto.</li> <li>• Utilizar la comunicación para establecer confianza y demostrar empatía</li> </ul>	
(5426) Facilitar el crecimiento espiritual	

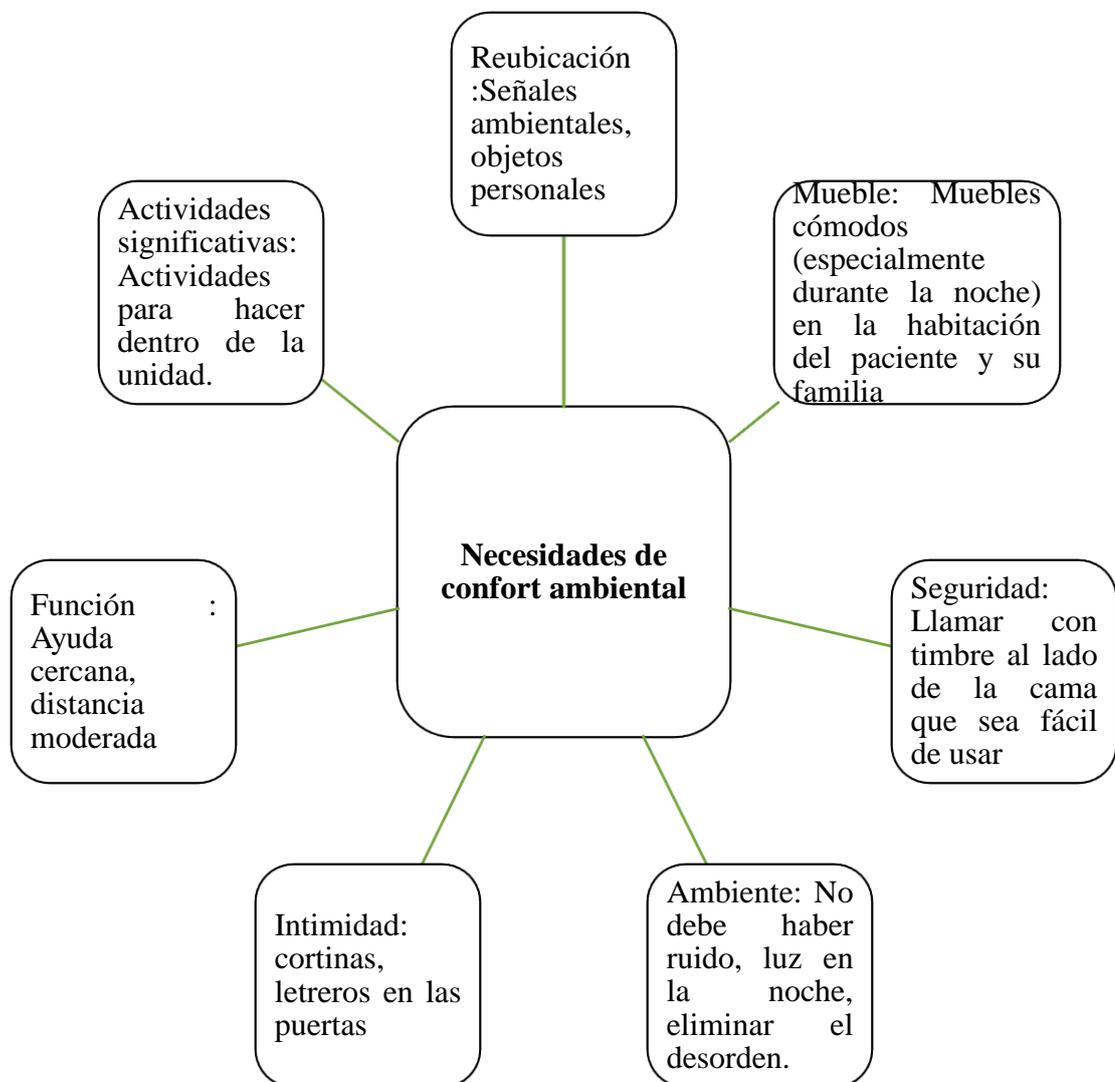
- Fomentar la participación en servicios piadosos y programas de oración.
- Fomentar la participación en grupos de apoyo religioso.

NANDA	NOC
00146 Ansiedad	(1302) Afrontamiento de ansiedad problemas (1402) Autocontrol de la ansiedad
NIC	
(5820) Disminución de la ansiedad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar una actitud de esperanza</li> <li>• Permaneces con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</li> <li>• Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.</li> <li>• Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> </ul>	
(5440) Aumentar los sistemas de apoyo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar con atención.</li> <li>• Animar la implicación familiar.</li> <li>• Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> </ul>	

Fuente: (30) Elaboración propia.

- **Ambiental:** Incluye el entorno, las condiciones y las influencias externas. El ambiente adecuado para la curación y la promoción de salud fue considerado una fuente importante de consuelo por parte de enfermeras interesadas en la atención integral. En esta definición se incluye color, ruido, luz, ambiente, temperatura, vistas desde ventanas, acceso a la naturaleza y elementos naturales versus sintéticos (32).

### Necesidades de confort ambiental



Fuente: Información obtenida de The Comfort Line Elaborado por autora (29)

### Diagnósticos enfermeros enfocados en necesidades ambientales

A continuación se describen algunos diagnósticos enfermeros encaminados a satisfacer las necesidades ambientales que pueden aparecer en los pacientes encamados utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC.

NANDA	NOC
00149 Riesgo de síndrome de estrés del traslado	(1301) Adaptación a la hospitalización
NIC	
6480 Manejo ambiental <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un ambiente seguro para el paciente</li> <li>• Identificar las necesidades de seguridad del paciente según su función física, cognoscitiva y el historial de conducta.</li> <li>• Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.</li> <li>• Permitir que la familia se quede con el paciente.</li> <li>• Controlar la iluminación.</li> <li>• Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales.</li> <li>• Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.</li> </ul>	

NANDA	NOC
165 Disposición para mejorar el sueño	(4) Sueño (3) Descanso
NIC	
(6482) Manejo ambiental: confort <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar la iluminación evitando la luz directa en los ojos.</li> <li>• Ajustar la temperatura ambiental, si fuera posible.</li> <li>• Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, tablillas inmovilizadoras para la parte dolorosa del cuerpo.</li> <li>• Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.</li> </ul>	

(1850) Mejorar el sueño

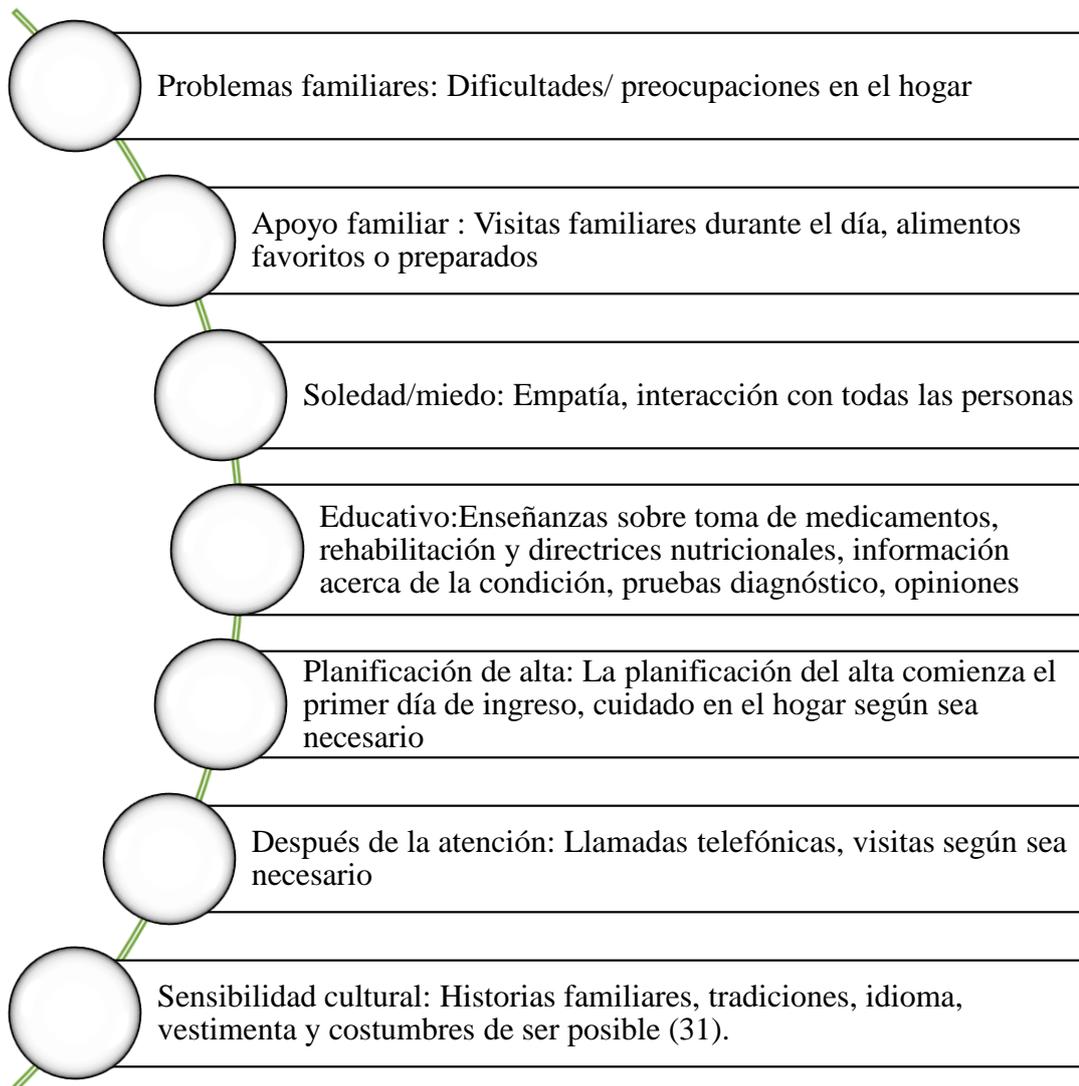
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, .etc.
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día - noche normales.
- Ajustar el ambiente (luz, ruidos, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño.

NANDA	NOC
214 Disconfort	(2009) Estado de comodidad: Entorno
NIC	
6486 Manejo ambiental: seguridad	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar las necesidades de seguridad según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.</li><li>• Identificar los riesgos respecto a la seguridad del ambiente (Físico, biológico, químico).</li><li>• Eliminar factores de peligro, cuando sea posible.</li></ul>	

Fuente: (30) Elaboración propia.

- **Social:** perteneciente a las relaciones interpersonales, familiares y sociales. Últimamente, se ha agregado la idea de cultura para incluir historias familiares, tradiciones, idioma, vestimenta y costumbres (28).

### Necesidades socioculturales del confort



Fuente: Información obtenida de The Comfort Line Elaborado por autora (29)

### Diagnósticos enfermeros enfocados en necesidades sociales

A continuación se describen algunos diagnósticos enfermeros encaminados a satisfacer las necesidades sociales que pueden formular en los pacientes encamados utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC.

NANDA	NOC
4920 Escucha activa	1504 Soporte social
NIC	
7040 Apoyo al cuidador principal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.</li> <li>• Determinar la aceptación del cuidador de su papel.</li> <li>• Administrar las dificultades del rol del cuidador principal.</li> <li>• Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.</li> <li>• Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.</li> </ul>	

NANDA	NOC
00074 Afrontamiento familiar comprometido	2600 Afrontamiento de los problemas de la familia
NIC	
7140 Apoyo a la familia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer una esperanza realista.</li> <li>• Escuchar las inquietudes.</li> </ul>	
5520 facilitar el aprendizaje <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comenzar la información solo después de que se demuestre disposición a aprender.</li> <li>• Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión.</li> </ul>	

7110 Fomentar la implicación familiar

- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Identificar la alta de autocuidados del paciente.

NANDA	NOC
0053 Aislamiento social	2601 Clima social de la familia
NIC	
7100 Estimulación de la integridad familiar	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Escuchar a los miembros de la familia.</li><li>• Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.</li><li>• Determinar la comprensión familiar de la dolencia.</li><li>• Facilitar las visitas familiares.</li></ul>	
7130 Mantenimiento en procesos familiares	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Facilitar la flexibilidad de las visitas de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente.</li><li>• Animar a mantener un contacto continuado con el paciente.</li></ul>	

Fuente: (30) Elaboración propia.

## **2.4. Marco Legal y Ético**

### **2.4.1. Marco Legal**

- **Constitución Política de la República del Ecuador, 2008.**

*Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (33).*

- **Plan todo una vida**

- a. Eje 1 Derechos para todos durante toda la vida

*Objetivo 1 Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.*

*El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas individuales y colectivas, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen*

*de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos (34).*

*Por otra parte, la salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo. La ausencia de la misma puede traer efectos intergeneracionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental. La salud mental de las personas requiere significativa atención para enfrentar problemáticas crecientes, como los desórdenes relacionados con la depresión y la ansiedad, que limitan y condicionan las potencialidades de una sociedad para su desarrollo (34).*

*1.5. Fortalecer el sistema de inclusión y equidad social, protección integral, protección especial, atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, considerando los contextos territoriales y la diversidad sociocultural.*

*1.6. Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.*

### **2.2.2. Marco Ético**

- **Ley de derechos y amparo al paciente**

*Art. 2.- Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.*

*Art. 3.- Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.*

*Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del servicio de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Excepto en las situaciones de emergencia (35).*

- **Código internacional de ética para profesionales de salud**

*El Código Internacional de Ética para Profesionales de la Salud aplicable a muchos grupos profesionales que llevan a cabo tareas y tienen responsabilidades relativas a la seguridad, higiene, salud y medio ambiente en relación al trabajo en las empresas de los sectores público y privado:*

- *El ejercicio de la salud laboral se ha de ajustar a las normas profesionales más exigentes y a los principios más rigurosos. Los profesionales de la Salud Laboral están al servicio de la salud y del bienestar de los trabajadores, individual y colectivamente, y contribuyen a la salud medioambiental y comunitaria (36).*
- *Las obligaciones de los profesionales de la Salud Laboral incluyen la protección de la vida y de la salud del trabajador, el respeto a la dignidad humana y la promoción de los principios éticos más altos en las políticas y programas de salud laboral. También forman parte de sus obligaciones la integridad en la conducta profesional, la imparcialidad y la protección de la confidencialidad de los datos de salud y vida privada de los trabajadores (36).*
- *Los profesionales de la salud ocupacional son expertos que deben gozar de plena independencia profesional en el ejercicio de sus funciones. Deben adquirir y mantener la competencia necesaria para ejercer sus obligaciones, y exigir las condiciones que les permitan llevar a cabo sus tareas, de acuerdo a las buenas prácticas y la ética profesional (36).*

- **Código Deontológico**

### ***La enfermera y las personas***

*La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados. La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla. La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables. La enfermera compartirá también la responsabilidad de mantener el medioambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción (37).*

*Las enfermeras tienen cuatro responsabilidades fundamentales: promover la salud, prevenir las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o posición social. La enfermera proporciona servicios de enfermería al individuo a la familia y a la comunidad, y coordina sus actividades con otros grupos con los que tiene relación. (37).*

- **Código de Helsinki**

*La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente (38).*

*El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información (38).*

## CAPÍTULO III

### 3. Metodología de la Investigación

#### 3.1. Diseño de la Investigación

**Cuantitativo;** debido a que se utilizó la recolección y análisis de información a través de un instrumento validado; para de esta manera contestar las preguntas de investigación elaboradas previamente. Se considera la medición numérica y la estadística para conocer con exactitud las dimensiones o los patrones de comportamiento de la población de estudio para de esta manera generalizar los resultados (39).

**No experimental** es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad. En este tipo de investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural (40).

#### 3.2. Tipo de la Investigación

El tipo de investigación a ejecutarse es descriptiva, analítica y transversal.

- Descriptiva ya que el trabajo investigativo describió las principales cualidades de la población de estudio y el modelo de enfermería de Kolcaba (40).
- Transversal porque se observó en un momento dado los sucesos o factores de este estudio (39).

### 3.3. Localización y Ubicación del Estudio

Esta investigación se llevó a cabo en la provincia de Imbabura, ciudad de Ibarra en el Hospital San Vicente de Paúl, ubicado en las calles Luis Vargas Torres y Dr Luis Gonzalo Gómez Jurado.

#### 3.3.1. Universo

De acuerdo a registros del servicio de Medicina Interna en un mes se atienden aproximadamente a 110 pacientes con un promedio de estadía de 5 a 7 días.

#### 3-3.2. Muestra

Considerando que el referente de la población es numeroso y se encuentra dispersa se tomó la muestra en el servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl; la cual se ha realizado mediante un muestreo y constó de 86 pacientes.

$n$ = Tamaño de la muestra

$N$ = Tamaño de la población

$Z$ = Nivel de confiabilidad

$q$ = Probabilidad de éxito

$q$ = Probabilidad de fracaso

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{110 * (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}{(0,05)^2 * (110 - 1) + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}$$

$$n = 85,69 = 86 \text{ (40)}.$$

### **3.3.3. Criterios de inclusión**

- Pacientes encamados atendidos en el servicio de Medicina Interna
- Pacientes que tengan una valoración de Glasgow igual a 15/15.
- Pacientes que tengan más de tres días de hospitalización (17).

### **3.3.4. Criterios de Exclusión**

- Pacientes encamados que no aceptaron voluntariamente formar parte de la investigación.

### 3.4. Operalización de variables

<ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivo: Caracterizar demográficamente a la población de estudio.</li> </ul>				
Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Características sociodemográficas	Son los conjuntos de características biológicas, socioeconómicas, culturales que están presentes en la población sujeta a estudio (41).	Género	Características sexuales	Masculino Femenino
		Edad	Años cumplidos	25-34 años 35-64 años 65 años o más
		Estado civil	Según determinación del registro civil	Soltero Casado Unión libre Viudo

		Nacionalidad	Vinculo jurídico de pertenencia a un estado	Extranjera Ecuatoriana
		Ocupación	A que se dedica	Jubilado Independiente Desempleado Empleado
		Escolaridad	Grado de instrucción	Ninguna Primaria Bachillerato Universitario
		Cuidador	Persona quien lo cuida	Cónyuge Hijo/hija Padre/madre Ninguna

- Objetivo: Categorizar las dimensiones del confort en pacientes encamados según la teoría de Kolcaba.

Confort	El confort significa el placer o la comodidad que puede brindar algo en especial (42).	Dimensión Física	Los pacientes sienten que su cuerpo está relajado.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Deseo de hacer ejercicio.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			La condición actual desmoraliza.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Dificultad para soportar el dolor.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo

				Totalmente en desacuerdo
			Intención de hacer lo mejor.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Estreñimiento.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			El encuestado se siente sano.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Apetito.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Sentirse cansado.	Totalmente de acuerdo

				Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Superación del dolor.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			El paciente se siente suficientemente bien para caminar.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Necesidad de encontrarme bien de nuevo.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Los encuestados se sienten útiles.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo

		Dimensión		Totalmente en desacuerdo
		Psicoespiritual		Totalmente de acuerdo
			Sentirse confiado.	Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			La vida vale la pena.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			La fe ayuda a no tener miedo.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Miedo al futuro.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Ha experimentado cambios	Totalmente de acuerdo Acuerdo

			que le hacen sentir mal.	Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Sentirse contento.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Las creencias hacen sentirse en paz consigo mismo.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Sentirse fuera de control.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Sentirse incómodo por no estar vestido.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
				Totalmente de acuerdo

			Sentirse en paz consigo mismo.	Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Sentirse deprimido.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Ha encontrado sentido a su vida.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
		Dimensión Ambiental	El paciente tiene suficiente intimidad.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Lo que le rodea es placentero.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo

			Los ruidos no le dejan descansar.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			No le gusta estar aquí.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			La habitación da miedo.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			La temperatura de la habitación es la adecuada.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			La atmósfera que le rodea le anima.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo

				Totalmente en desacuerdo
			La cama es muy incómoda.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Las vistas desde la habitación son agradables.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Las cosas del paciente no están aquí.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Aquí se siente fuera de lugar.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo

			En la habitación hay un olor muy desagradable.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Es fácil orientarse aquí.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
		Dimensión Social	Cuando necesita ayuda, cuenta con personas que se la dan.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			El paciente siente dependencia de otros.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			El sentirme querido le da fuerzas.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo

				Totalmente en desacuerdo
			Siente que nadie le comprende.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			El encuestado al estar solo no se siento infeliz.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Hay una persona, en concreto, que le cuida.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Le gustaría ver a su médico más a menudo.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Sus amigos le escriben	Totalmente de acuerdo Acuerdo

			cartas y le hacen llamadas telefónicas.	Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Necesidad de estar mejor informado sobre la salud.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo
			Pese a estar solo, no se siento solo.	Totalmente de acuerdo Acuerdo Desacuerdo Totalmente en desacuerdo

### **3.5. Método de recolección de información**

#### **3.5.1. Encuesta**

Kolcaba desarrolló un cuestionario de 48 ítems de autoreporte, con el propósito de identificar las necesidades de los pacientes y de esa manera establecer medidas encaminadas a proporcionar altos grados de comodidad, el cual fue utilizado en este estudio. Cada respuesta era colocada en una escala de tipo Likert de cuatro respuestas en la que 4 tiene un valor de “totalmente de acuerdo” y la puntuación 1 tiene como valor “totalmente en desacuerdo”. Los ítems negativos eran codificados en forma inversa y se obtenían los puntajes de las subescalas. Mayores puntajes significaban un mayor cubrimiento de las necesidades de comodidad (28).

Este cuestionario fue aplicado en diferentes áreas de un hospital: hospitalización, cirugía, psiquiatría, cuidados agudos, oncología y también en la comunidad. Los criterios de inclusión de la muestra utilizada en área de cirugía eran capacidad de leer y escribir en inglés, tener 21 años o más y no tener incapacidad para llenar el cuestionario. El alfa de Cronbach del cuestionario en esta investigación descrita fue de 0,88 (28).

### **3.6. Análisis de información**

Para el análisis de información se hará uso del programa Microsoft Excel con sus planillas de cuadros estadísticos para ingresar la información y para su respectiva tabulación se utilizará el programa IBM SPSS.

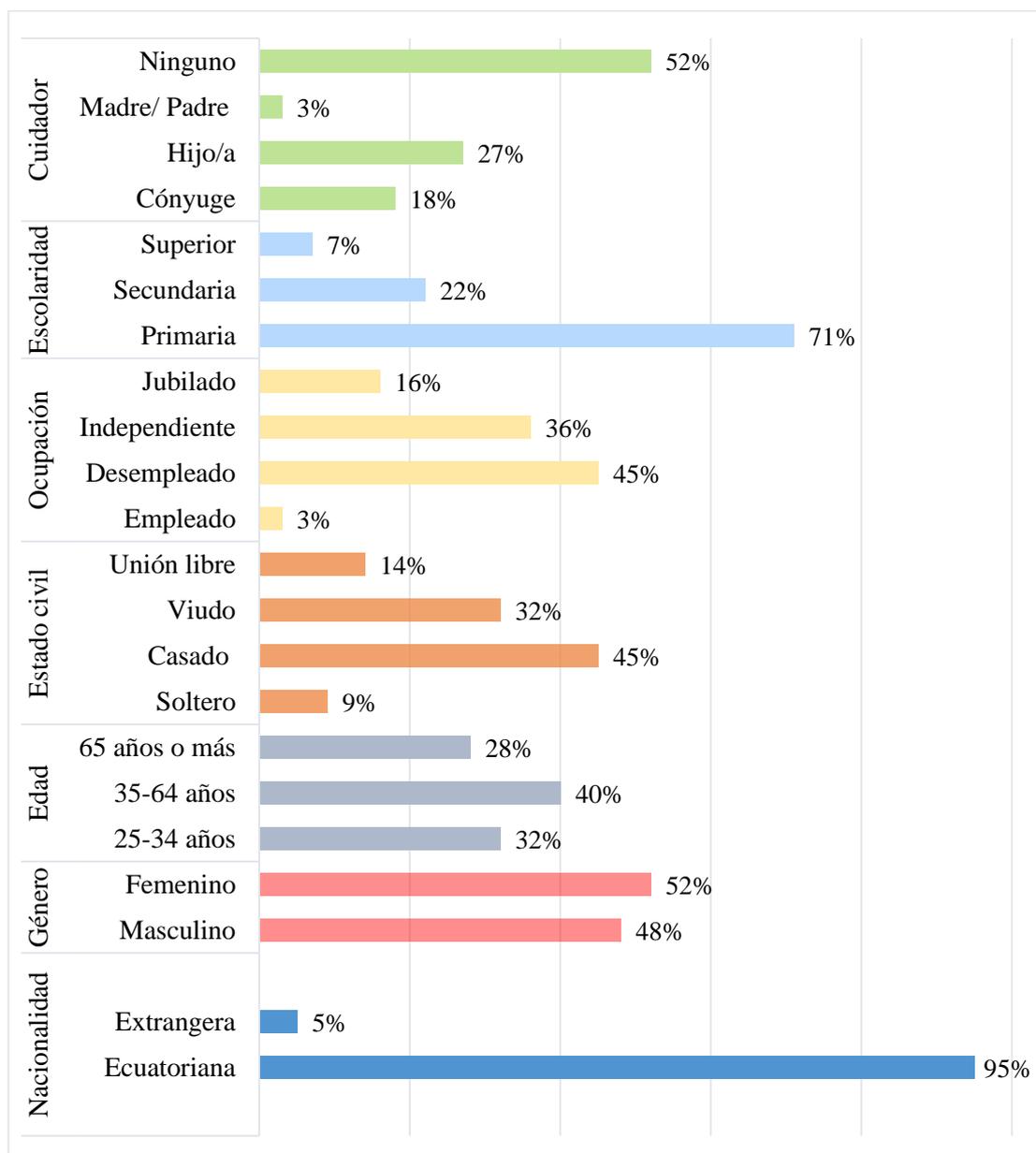
## CAPÍTULO IV

### 4. Resultados de la investigación

A continuación, se presentan los principales resultados de la investigación.

#### 4.1. Características sociodemográficas

**Gráfico 1 Datos sociodemográficos**

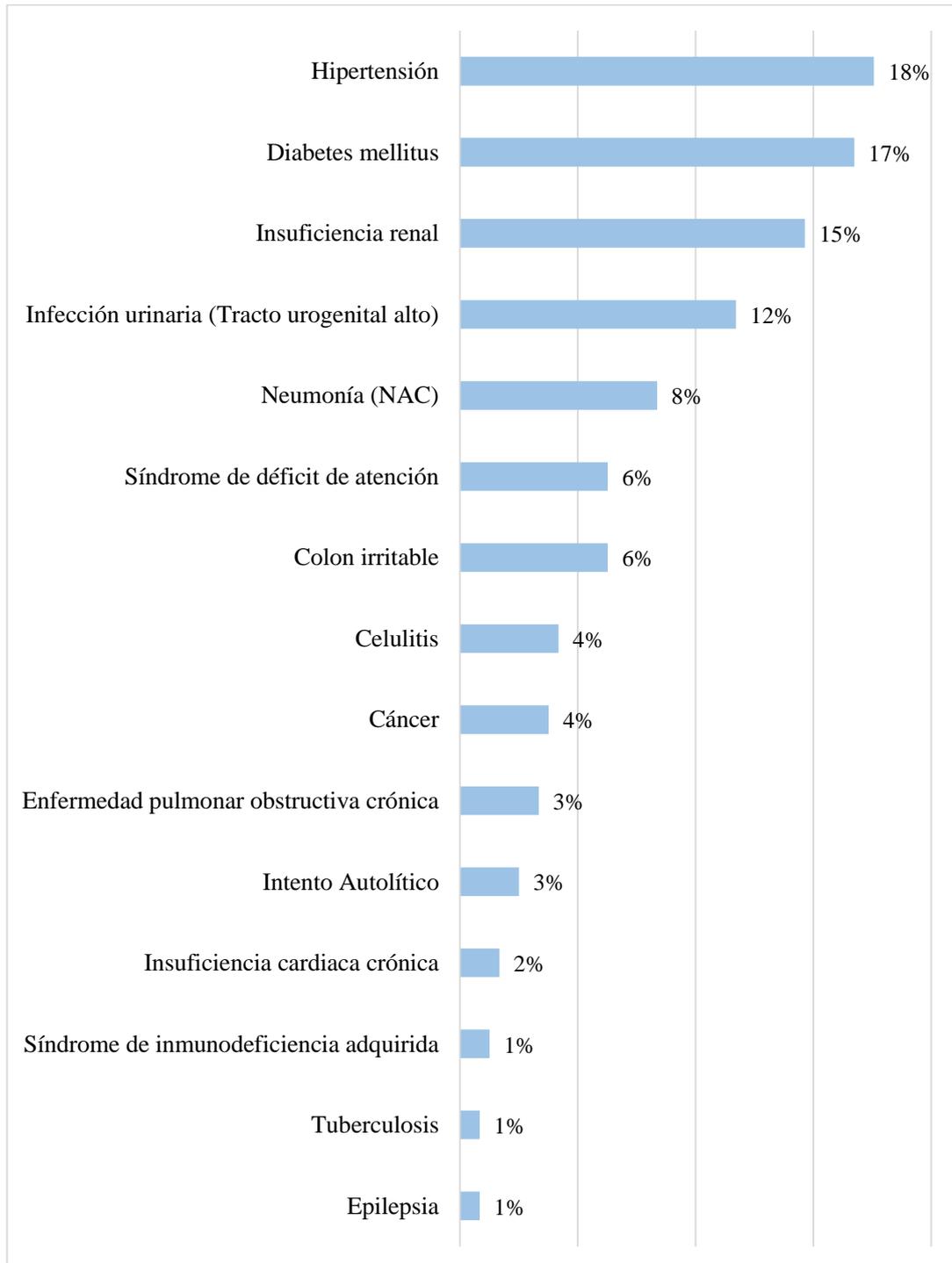


El 95% de los pacientes del grupo de estudio pertenecen a la nacionalidad ecuatoriana. El 40% de usuarios oscila en un rango etario de 35 a 64 años. El 52% pertenece al sexo femenino, predomina el estado civil casado con un 45% y el 43% actualmente se encuentran desempleados. El término confort hace referencia a un estado de satisfacción o bienestar. Los factores socio-demográficos tales como edad, género, estado civil, la situación laboral, el padecer o no alguna enfermedad, tienen efecto en la auto-satisfacción confirmando así que la satisfacción es una actitud que está determinado por las características individuales de cada persona. De acuerdo a un estudio realizado en Brasil por Córdova se observó que las mujeres perciben mejor la atención de enfermería además de presentar diferentes niveles de satisfacción durante su estancia hospitalaria en comparación con los hombres (43). De acuerdo a lo investigado se puede deducir que la población de estudio siente confort en las diferentes dimensiones dependiendo de sus características sociodemográficas.

En cuanto al nivel de instrucción, mayoritariamente el 71% posee instrucción primaria. Según Krueger una mejor educación se asocia a una vida más larga por ende aquellos que tienen mayor nivel educativo son más propensos a tener los recursos y el conocimiento para realizar hábitos más saludables, ganar más dinero y vivir con menos estrés crónico (44). Al encontrar en el estudio mayoritariamente un bajo nivel de escolaridad se puede deducir que los pacientes no aplican actividades de confort por la falta de conocimiento y recursos.

En relación al acompañamiento familiar el 52% no tiene un cuidador. Según Kolcaba la comodidad es un resultado deseable, fortalecedor y holístico relacionado con la disciplina de enfermería y atención médica. Los seres humanos se esfuerzan por satisfacer sus necesidades básicas de confort (28). El grupo de estudio es muy vulnerable ya que mayoritariamente no presenta apoyo de un cuidador quien facilite y brinde una mejor comodidad conjuntamente con el equipo de salud. Cabe recalcar que el acompañamiento durante la hospitalización está relacionado con el nivel de independencia del paciente.

**Gráfico 2 Principales diagnósticos médicos**

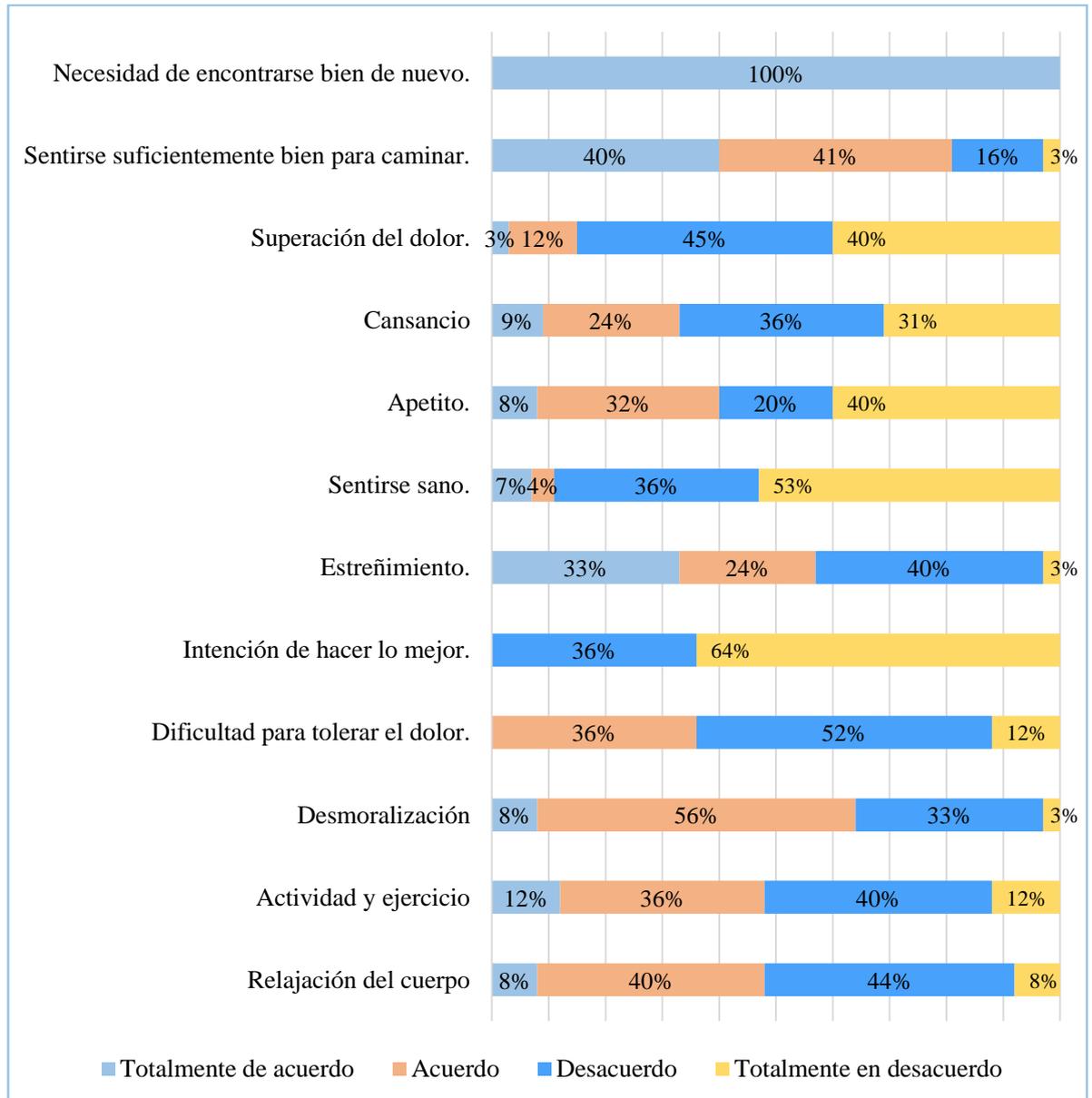


De acuerdo a la indagación de historias clínicas se encontró que la mayoría de pacientes encamados presentan los siguientes diagnósticos médicos: el 18%

hipertensión, el 17% diabetes mellitus, el 15% insuficiencia renal, el 12% infección urinaria tracto urogenital alto, el 8% neumonía adquirida en la comunidad, el 6% síndrome de déficit de atención, el 6% colon irritable, el 4% celulitis, el 3% intento autolítico, el 3% enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 2% insuficiencia cardíaca crónica, el 1% tuberculosis, el 1% epilepsia; mientras el 5% de los pacientes encamados presentan enfermedades catastróficas el 4% cáncer y el 1 % síndrome de inmunodeficiencia adquirida. De acuerdo al INEC en el registro de defunciones en el año 2017, la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte en hombres y mujeres con 7404 defunciones, 4895 por diabetes mellitus, 4300 por enfermedades cerebrovasculares, 3800 por influenza y neumonía, 3409 por enfermedades hipertensivas, 1854 por enfermedades del sistema urinario (45).. De acuerdo a lo investigado los principales diagnósticos encontrados en los pacientes encamados son enfermedades crónicas, por cuanto el profesional de enfermería debe enfocarse en promover hábitos de vida saludables y fomentar el autocuidado del paciente.

## 4.2. Dimensiones de confort

**Gráfico 3 Dimensión física del confort en pacientes encamados**



La dimensión física dentro de la teoría de Katherine Kolcaba se enfoca en varios factores entre los cuales se destaca: relajación del cuerpo, actividad y ejercicio, desmoralización, dificultad para tolerar el dolor, intención de hacer lo mejor, estreñimiento, sentirse sano, apetito, cansancio, superación del dolor y necesidad de

encontrarse bien. Se ha tomado en cuenta para su análisis la mayor incidencia de respuesta en la escala Likert.

El 44% de los pacientes encamados sienten que su cuerpo no está relajado. Según Díaz la relajación debe considerarse un estado natural que aporta fundamentalmente un profundo descanso, al mismo tiempo que ayuda a equilibrar el metabolismo, el ritmo cardíaco y la respiración; contribuyendo de ésta manera de forma directa en el confort del ser humano (46). La población estudiada no presenta un adecuado estado de relajación debido a que existen varios factores: dolencias, limitación en el movimiento, el estrés por hospitalización, falta de personal de salud ya que la enfermera tiene bastante carga laboral por lo cual se necesita apoyo por parte de la familia para brindar acompañamiento para la deambulaci3n del paciente y se cumpla esta dimensi3n.

En relaci3n a la actividad en el hospital se recomienda la deambulaci3n el 40% manifiesta no realizar este tipo de ejercicio en el 3rea hospitalaria, mientras el restante realiza actividad no rigurosa recomendada. El 41% de los pacientes encamados se siente lo suficientemente bien para caminar. Seg3n Ries dentro del 3rea de hospitalizaci3n el personal de salud promueve convenientemente animar al paciente a la movilizaci3n fomentando la deambulaci3n y realizando ejercicios en cama como son: darse vuelta a cualquiera de los lados, sesiones de flexi3n y extensi3n de las piernas, sentarse para tomar los alimentos, ejercicios repetidos de respiraciones profundas. (47). Estas peque1as pr3cticas es la mejor manera de mantener la capacidad funcional y de evitar una gran cantidad de complicaciones como: la aparici3n de escaras, complicaciones gastrointestinales como son las n3useas y v3mitos, distenci3n abdominal, disminuci3n de las complicaciones pulmonares y circulatorias, menos debilidad general y contribuye a la r3pida recuperaci3n del paciente (48). La labor de enfermer3a es capacitar al paciente sobre las actividades que puede realizar en el 3rea de hospitalizaci3n ya que el grupo investigado pese a sentirse lo suficientemente bien para caminar no realiza actividad f3sica; debido a limitaciones del movimiento y la falta acompa1amiento; cabe destacar que los pacientes manifiesta su deseo de realizar ejercicio tras su egreso hospitalario.

El 52% de los encuestados manifiesta dificultad para soportar el dolor, mientras el 45% está en desacuerdo en la superación del dolor. Según Kolcaba la definición de dolor que se ha utilizado en la teoría es una comodidad multidimensional que incluye componentes sensoriales, cognitivos y afectivos. El dolor focal es utilizado para designar a un dolor específico, severo y esperado relativamente localizado y asociado a un procedimiento quirúrgico, contracciones de parto, problemas médicos como cáncer o trauma, migraña. El término es útil en relación al dolor y comodidad porque existen diferentes clases de dolor sin embargo el dolor focal es un detractor significativo en la comodidad (28). Se puede deducir que aún tras la aplicación de intervenciones para el manejo del dolor los pacientes no sienten alivio ya que presentan diagnósticos críticos y en muchos casos patologías en etapa terminal.

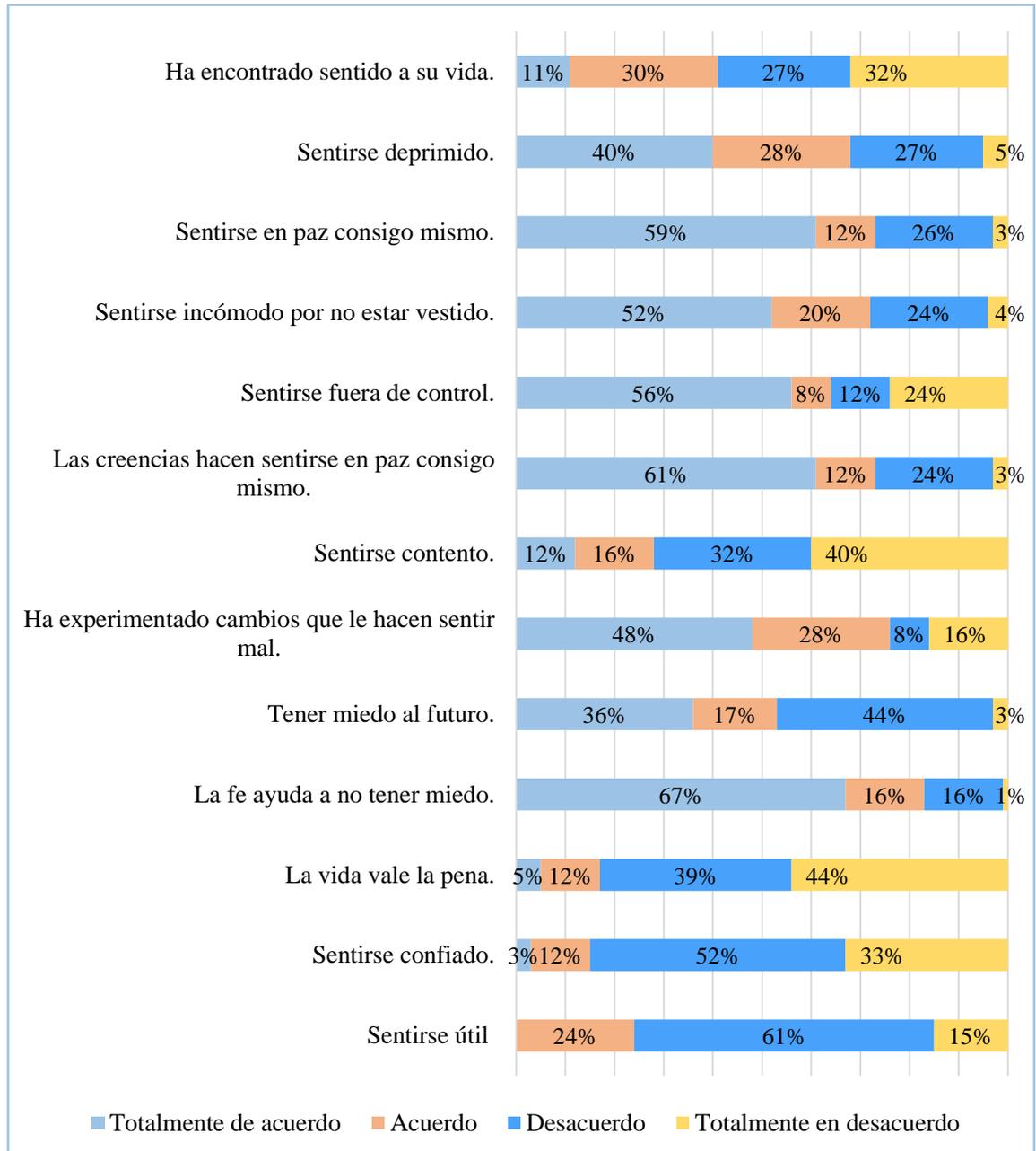
Es importante que el personal de salud tenga suficientes conocimientos sobre dolor ya que le permitirán realizar intervenciones de manera segura, basadas en evidencia y centradas en el paciente, como: administración de medicación, ofrecer cuidados basados en comunicación y escucha evaluación del dolor mediante escalas que midan la intensidad del dolor como la escala visual análoga de EVA. Esta escala facilita la cuantificación de la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente y permite administrar medicación analgésica según prescripción médica de manera segura basada en evidencia y centrada en las necesidades del paciente (49).

El 40% de los pacientes encamados no tienen apetito. Según Osterbur en términos generales, la hiporexia se conoce como la pérdida parcial del apetito, la cual es diferente a la anorexia debido a que en la última es una pérdida total. Aunque puede ocurrir en cualquier edad, éste problema es frecuente en los adultos más ancianos o la tercera edad debido a varios factores. Entre ellos podemos mencionar las pérdidas sensoriales, ya sea el gusto, el olfato o la vista, debido a que estos afectan el propio apetito y el consumo de las comidas a través del sistema nervioso parasimpático. (50) Al ser mayoritariamente la población adulta tiende fisiológicamente a disminuir el apetito.

El 36% de los encuestados está en desacuerdo en sentirse cansado. Según Stannah a medida que se envejece, es más propensos a ciertas dolencias y eso hace sentir más cansancio y sueño. Sin embargo, el cansancio y el sueño constantes no son necesariamente síntomas de vejez; a no ser que padezca de alguna enfermedad crónica que le causa fatiga. El resto de la población de estudio manifiesta no sentirse lo suficientemente descansado debido a varios factores entre ellos trastornos del sueño, dolencias, estrés, la falta de acompañamiento y asistencia por parte del profesional de salud.

El 56% de los pacientes encamados se encuentra de acuerdo en que la condición actual los desmoraliza, el 64 % manifiesta total desacuerdo en la intención de hacer lo mejor, el 53% está totalmente acuerdo en no sentirse sano, mientras el 100% de los encuestados manifiesta total acuerdo en la necesidad de encontrarse bien de nuevo. Según Mencías el aspecto psicológico en el adulto mayor es de gran importancia ya que se pueden evidenciar cambios en sus estados de ánimo, aumentando el nivel de ansiedad, irritabilidad estrés, desmotivación, entre otros, los cuales van a afectar su diario vivir, la forma en cómo perciba su entorno y como se desenvuelva en él. (51) La población estudiada al ser mayoritariamente adulta tiende a tener cambios en su estado anímico.

**Gráfico 4 Dimensión psicoespiritual del confort en pacientes encamados**



La dimensión psicoespiritual abarca varios factores: sentirse útil, confianza, estado anímico, religión, creencias y vestuario, se ha tomado en cuenta para su análisis la mayor incidencia de respuesta en la escala Likert.

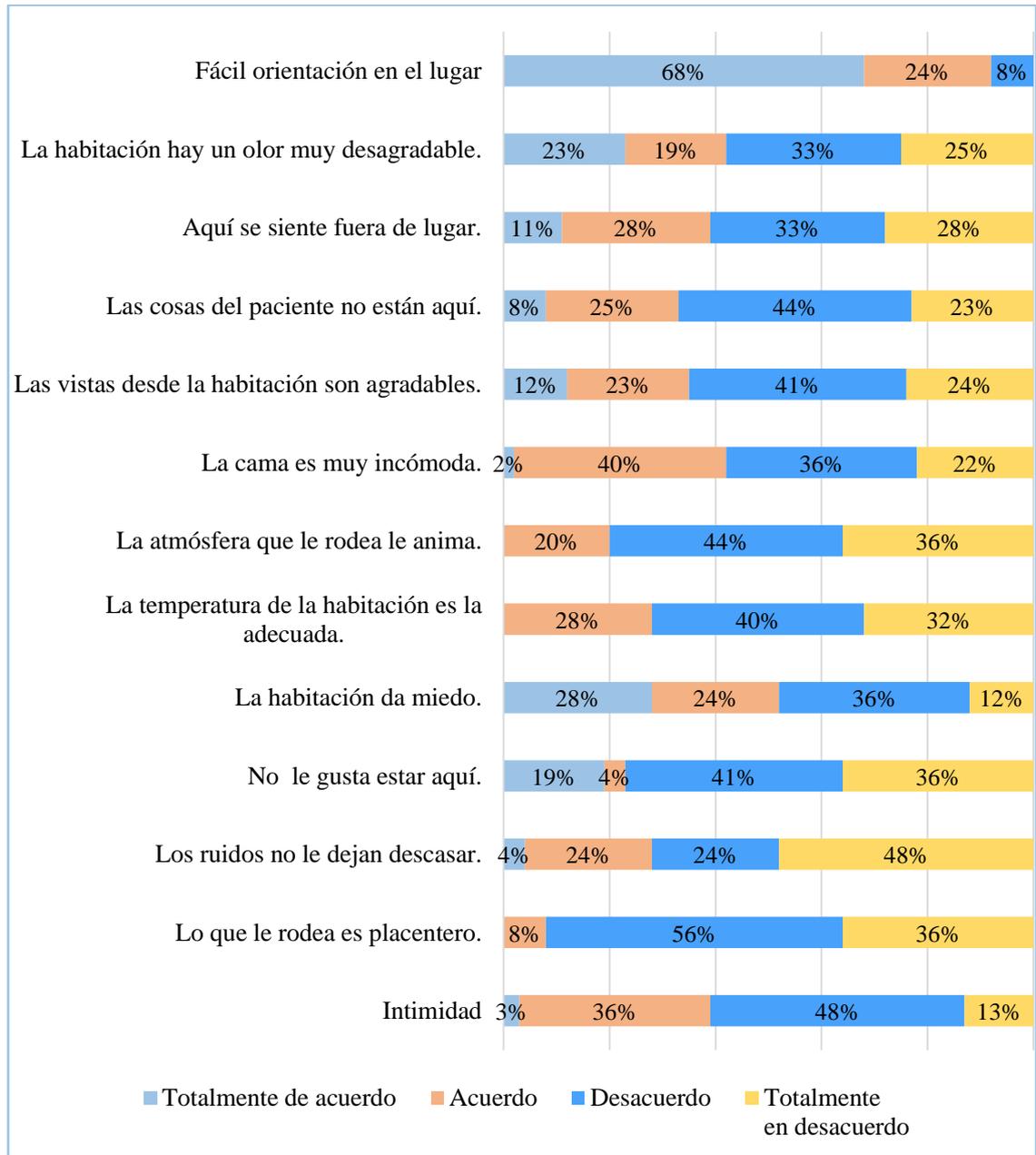
El 61% de los pacientes encamados no se sienten útiles, a la vez que el 52% no se siente confiado; también el 40% de los encuestados anímicamente no se sienten contentos, mientras el 40% de la población se encuentra deprimida. Según Ortiz la importancia de la autoeficacia radica en que hace referencia a la confianza que tiene la persona en sus capacidades para lograr los cursos de acción necesarios para alcanzar los resultados deseados y determinar la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta y cómo las personas recuperarán su estabilidad en la vida frente a situaciones adversas (52). El grupo de estudio es muy vulnerable al presentar un estado anímico regular como consecuencia de su condición tanto física como emocional y espiritual.

La población de estudio en un 44% siente que la vida no vale la pena, el 56% se siente fuera de control, mientras el 32% de los pacientes encamados no le ha encontrado sentido a su vida. Según Kolcaba el apoyo espiritual consiste en una ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias, mientras facilitar el crecimiento espiritual es la capacidad del paciente para identificar el significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida. Además de estas dos intervenciones, se incluye la ayuda para el control del enfado, clarificación de valores, dar esperanza, escucha activa, facilitar el duelo, facilitar la expresión del sentimiento de culpa, facilitar la meditación, facilitar el perdón, facilitar la práctica religiosa, potenciación de la autoestima, potenciación de la conciencia de sí mismo y potenciación de la socialización (53). El grupo investigado al no encontrar un sentido a la vida es muy vulnerable ya no contará con la fuerza necesaria para luchar por su vida. Cabe destacar que las intervenciones de enfermería deben basarse en aspectos tanto en lo físico, emocional y espiritual del individuo, que muchas veces no se cumple a cabalidad por la sobrecarga de trabajo en el personal de enfermería, lo cual ha llevado a que el profesional no se preocupe de los sentimientos y emociones del paciente. Existe también sobrecarga de funciones no inherentes a la disciplina como: camilleros, auxiliares de laboratorio, auxiliares de limpieza, auxiliares de farmacia, recepcionistas, secretarias, asistente del médico, etc. El trabajo de enfermería se ve evidenciado a través de los formularios y registros y no en el cuidado directo.

Esta dimensión también aborda las creencias del paciente, el 67% de los encuestados siente que la fe ayuda a no tener miedo, el 61% manifiesta que las creencias hacen sentirse en paz consigo mismo, mientras el 59% se siente en paz consigo mismo. Según Kolcaba la enfermería en los cuidados espirituales tiene una gran labor por cuanto ayuda al paciente a identificar los valores y creencias que dan sentido al ser humano, especialmente al enfermo que se encuentra en el momento más vulnerable. Estas acciones favorecen el afrontamiento del dolor o sufrimiento identificando las emociones del paciente. Dentro de los cuidados espirituales el profesional de enfermería puede admitir el acceso a miembros del clero y optar por permitir que la familia traiga símbolos religiosos significativos para el paciente (28). La falta de tiempo y de entrenamiento por parte del personal de enfermería en la relación de ayuda espiritual impide brindar los cuidados que se requieren por cuanto la población mayoritariamente se afianza en la fe y a las creencias.

El 52% del grupo estudiado se siente incómodo por no estar vestido. Según Calero la mejora de la intimidad de los ciudadanos en el ámbito sanitario pasa ineludiblemente por la incorporación de pautas de comportamiento de los profesionales, que tengan presente al paciente, no como objeto de cuidado, sino como persona en el amplio sentido del término. El derecho a la privacidad, confidencialidad e intimidad de los pacientes está perfectamente reconocido y protegido por la legislación (54). Se debe preservar la intimidad del paciente pese a que en su mayoría no se sienten incómodos al no estar vestidos ya que es uno de los derechos del paciente en su estancia hospitalaria.

**Gráfico 5. Dimensión ambiental del confort en pacientes encamados**



La dimensión ambiental abarca varios factores entre ellos: la intimidad, el ambiente que le rodea, ruido, comodidad de la cama y la habitación; se ha tomado en cuenta para su análisis la mayor incidencia de respuesta en la escala Likert.

Confort para nutrir el alma, son aquellas medidas de comodidad inesperadas para el paciente pero que son bienvenidas por cuanto implican cuidados básicos. Estas medidas hacen que los pacientes se sientan fortalecidos de una manera intangible pero personalizada las principales intervenciones pueden ser: adaptaciones ambientales como musicoterapia, incorporar un sentido de gran importancia como el tacto como un elemento en los cuidados enfermeros y componente comunicacional (55).

El 48 % de la población de estudio manifiesta desacuerdo en no tener suficiente intimidad. Según Calero el derecho a la intimidad debe ser preservado desde dos aspectos: la confidencialidad o protección de los datos relativos a la salud del paciente y la protección de la intimidad personal que tiene su punto de partida en la intimidad corporal y llega a la del constructo de los valores y creencias (54). Se puede deducir que en el servicio de Medicina Interna del Hospital San Vicente de Paúl no se están tomando todas las medidas necesarias para precautelar la intimidad de los pacientes ya que no existe la infraestructura necesaria como la implementación de biombos o cortinas en cada cubículo del paciente. Las habitaciones hospitalarias constan hasta de cinco camas y carecen de ventilación adecuada.

El 56% de la población de estudio manifiesta que el lugar no es placentero, al 41% no le gusta estar ahí, el 44% de los encuestados manifiesta que la atmósfera que le rodea no le anima, también el 44% manifiesta que sus cosas no están ahí, y el 33% en el área se sienten fuera de lugar. Mientras el 68% de los pacientes encamados se orientan con facilidad en el lugar por cuanto conocen sitios como la recepción de enfermería y utilizaría en si la estructura interna del servicio.

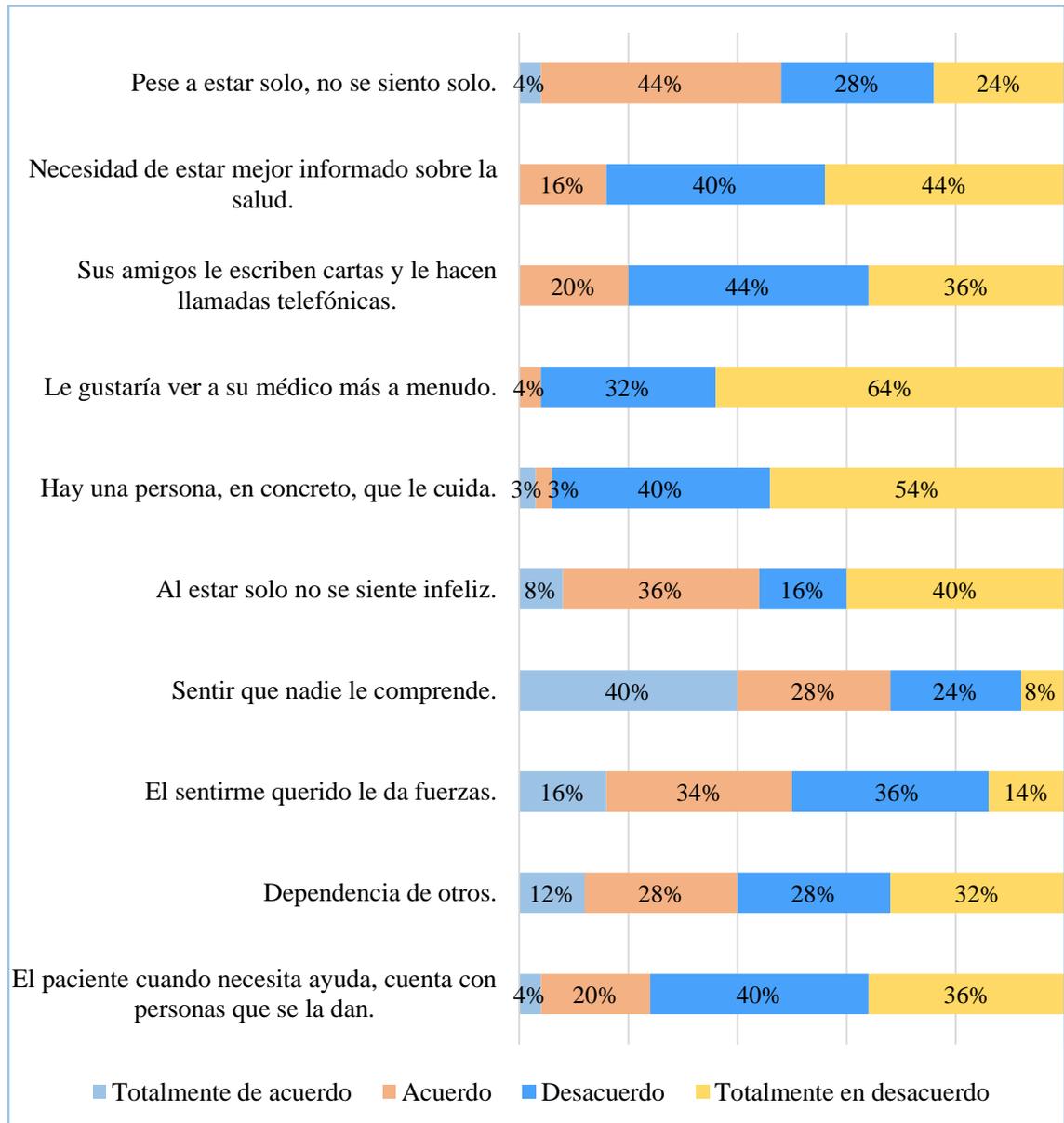
Según Kolcaba una visión holística implica una comprensión de la persona humana como unidad donde el cuerpo, la mente, el espíritu y el medio ambiente son descriptores de las manifestaciones interrelacionadas de la persona. Claramente el ambiente adecuado para la curación y la promoción dela salud debe ser considerado como una fuente importante de consuelo por parte de las enfermeras interesadas en la atención integral (28). La población de estudio no se encuentra en un ambiente muy

placentero al no sentirse a gusto en el lugar ya que éste no le proporciona ánimo. A los pacientes les resulta fácil orientarse ya que existe la señalización respectiva del área física y cuenta con personal que les brinde información.

El 48% de los encuestados manifiestan que el ruido les permite descansar pese al sonido de monitores, bombas de infusión, ruidos ocasionados por coches de medicación. Según Esper el ruido se ha asociado a diversos efectos indeseables tanto para el paciente como para el personal, entre los que destacan estrés, estado hiperadrenérgico, disfunción cardiovascular, hipersecreción gástrica, disfunción inmunometabólica, mayor riesgo de infecciones y alteraciones cognitivas, en el patrón del sueño (56). El 40% de los pacientes encamados manifiesta que la cama es muy incómoda por cuanto el colchón es muy delgado y se encuentra desgastado por el uso continuo. Además de que en la población estudiada existen casos en los cuales tienen limitaciones en el movimiento, dolencias, bajo estado anímico, lo cual influye en su percepción.

El 36% de la población percibe en relación a la habitación que esta no les produce miedo, el 40% afirma que su temperatura no es la adecuada por cuanto sienten frío en las mañanas y demasiado calor por las tardes. El 41% de los pacientes encamados manifiesta que sus vistas ventanales no son agradables; mientras el 33% percibe que en la habitación hay un olor muy desagradable. Según Ruiz la habitación hospitalaria debe ser confortable, durante el día se puede utilizar luz solar para que la persona entre en contacto con la naturaleza y esto lo estimule. Se aconseja que la temperatura esté entre los 25° y 30° para que dé una sensación de calidez y confort; no se debe olvidar el manejo adecuado de los residuos biológicos y evitar hablar fuerte. Estas recomendaciones facilitarán el cuidado del adulto, permitiendo que se sienta sereno y pueda descansar (57). De acuerdo a la percepción del grupo de estudio en su mayoría manifiestan que la habitación no es la adecuada, al no contar con una vista agradable, su espacio es limitado y no cuenta con la suficiente privacidad.

**Gráfico 6. Dimensión social del confort en pacientes encamados**



La dimensión social abarca varios factores entre ellos: la dependencia, el sentirse querido, el cuidador, el apoyo familiar y social, el sentirse comprendido, la soledad, el estado anímico, atención médica y la necesidad de estar informado sobre su salud.; se ha tomado en cuenta para su análisis la mayor incidencia de respuesta en la escala Likert.

En relación al apoyo social el 32% de los pacientes encamados no dependen de otros, el 36% manifiesta que el sentirse querido no le da fuerzas, el 54% no tiene una persona en concreto que le cuide y el 36% no recibe cartas ni llamadas telefónicas de sus amigos; mientras el 44% de los encuestados pese a estar solo, no se siente solo. Según Dos Santos la presencia de la familia junto al enfermo y el apoyo social es favorable, al transmitirle tranquilidad, fuerza y coraje, permitiéndole al paciente sentirse seguro y amparado en la convivencia con la enfermedad (58). Según Pérez el personal de enfermería debe orientar los cuidados desde un enfoque familiar, desde esta perspectiva. Es importante una preparación rigurosa para el trabajo con familias y desarrollar en estas un sentimiento de unidad, promover la cooperación, el apoyo mutuo y la coordinación (59). El grupo encuestado es vulnerable ya que mayoritariamente no presenta apoyo tanto a nivel familiar como social, por consecuencia dificulta el desarrollo de un plan de cuidados donde se trate a la familia como una unidad brindando cuidados en un marco holístico. Además se presentan otros problemas como falta de personal y alta carga laboral, estos factores contribuyen a que la atención en muchos casos sea insuficiente.

El 40% de los pacientes estudiados sienten que nadie les comprende; mientras el 40% de ellos el estar solo se siente infeliz. Según Jürschik la depresión constituye el trastorno del ánimo más frecuente en la población anciana y un importante problema de salud. La prevalencia de la depresión en adultos mayores de 65 años o más, varía entre el 7 y el 36% en pacientes ambulatorios y asciende al 40% en pacientes mayores hospitalizados (60). Los pacientes encamados son muy vulnerables al tener un estado anímico regular y al no contar con el apoyo adecuado tanto familiar como social.

Al 64% del grupo de estudio no le gustaría ver a su médico a menudo por cuanto manifiestan ver al médico residente tres veces en el día. El 44% de ellos no necesita estar mejor informado sobre su salud, según Zarco entre las principales necesidades de los pacientes figuran una mayor empatía, humanización y formación continuada en valores y comunicación la cual es utilizada como herramienta para hacer “más efectiva la adherencia a los tratamientos y proporcionar resultados positivos en la salud (61).

De acuerdo a los resultados mayoritariamente los encuestados cuentan con la atención médica requerida y no tienen la necesidad de estar informados sobre su salud.

## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

- Entre las principales características sociodemográficas de la población de estudio se encontró que la mayoría de pacientes en el área de Medicina Interna son adultos en un rango etario de 35-64 años, sexo femenino. Predomina el estado civil casado, la mayoría de pacientes actualmente se encuentran desempleados, poseen instrucción primaria y carecen de acompañamiento familiar. Las principales patologías identificadas son: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo I y tipo II e insuficiencia renal.
- Las dimensiones del confort según la teoría de Kolcaba en el paciente encamado son las siguientes; dimensión física: los pacientes tienen dificultad para soportar el dolor, no poseen relajación de su cuerpo, manifiestan tener dificultad para realizar los ejercicios recomendados como la deambulacion ya que carecen de acompañamiento familiar y personal de salud no dispone de tiempo para este tipo de actividades con el paciente. Dentro de la dimensión psicoespiritual; la fe y las creencias ayudan a los pacientes a no sentir miedo y a estar en paz consigo mismos. La falta de tiempo y entrenamiento por parte del personal de enfermería en relación a la ayuda espiritual impide brindar los cuidados que se requieren en esta dimensión. En cuanto a la dimensión ambiental, los usuarios refieren una fácil orientación en el lugar, pero no poseen suficiente intimidad debido a que no existe la infraestructura adecuada como la implementación de biombos o cortinas en cada cubículo del paciente. Los usuarios manifiestan que la habitación no es un lugar placentero debido al espacio limitado y falta de ventilación. En la dimensión social se evidenció que los pacientes no se sienten comprendidos, son vulnerables debido a su estado anímico regular y manifiestan que el sentirse solos afecta su felicidad ya que no existe un adecuado apoyo familiar.

- Se elaboró una guía enfocada en la teoría de Katherine Kolcaba, este sustento científico desarrollado dentro de la disciplina de enfermería orientará a los profesionales en la provisión de cuidados para mejorar la calidad de atención en los pacientes de Medicina Interna en el Hospital San Vicente de Paúl.

## **5.2.Recomendaciones**

- A los profesionales de enfermería fortalecer la comunicación entre pacientes y familiares con la finalidad de establecer vínculos afectivos. Lo cual contribuirá a que la familia se involucre en la atención del paciente encamado logrando mejorar su estadía hospitalaria y posteriormente brindarán un cuidado eficiente en el hogar.
- Al profesional de enfermería animar al paciente a la movilización fomentando la deambulacion o ejercicios en cama con ayuda de un familiar.
- A los directivos del Hospital San Vicente de Paúl tomar en cuenta las actividades y funciones que debe realizar la enfermera, considerando que el componente holístico integral es el cuidado directo que muchas veces se ve disminuido por la cantidad de actividades que no son inherentes a la profesión.
- A los directivos del Hospital San Vicente de Paúl considerar que una estructura ambiental adecuada en los servicios contribuye a la recuperación del paciente. Por ende se sugiere realizar gestiones que permitan la asignación de recursos financieros destinados a la implementación de ventilación además de biombos o cortinas en cada cubículo de las habitaciones compartidas.
- A los profesionales de enfermería se sugiere la utilización de la “Guía para el confort del paciente encamado según Katharine Kolcaba” con el fin de

fortalecer el conocimiento que nos brinda esta perspectiva teórica y pueda ser utilizada como fuente en la elaboración de planes de cuidado.

- A la carrera de enfermería se propone incorporar o mantener temas relacionados con modelos y nuevas teorías de enfermería ya que brindará a los estudiantes una perspectiva diferente, autónoma y creativa de la aplicación de cuidados en la práctica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Smith M, Parker M. Nursing Theories & Nursing Practice. Cuarta ed. Philadelphia: Davis Company; 2015.
2. OPS. Indicadores de salud: Aspectos conceptuales y operativos. [Online].; 2018 [cited 2019 07 11. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=es).
3. Alvarez D. Enfermería en América Latina: una mirada al horizonte. Bdigital. 2015 Febrero; 33(2).
4. Arévalo R, Vega S. Protocolo de enfermería en confort e higiene en paciente con déficit de autocuidado y deterioro de la movilidad física. [Online].; 2016 [cited 2019 Mayo 11. Available from: <https://es.slideshare.net/ROSAMARIAAREVALOGONZ/protocolo-de-higiene-y-confort-iess-actualizado-noviembre>.
5. Cevallos P, Rojas A, Stieповich J. La Gestión del Cuidado de Enfermería. [Online].; 2015 [cited 2019 07 11. Available from: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/448/44839779007/html/index.html>.
6. Melo Geórgia Alcântara Alencar SRAPFGFCJ. Adaptación cultural y confiabilidad del General Comfort Questionnaire para pacientes renales crónicos en Brasil. Revista latinoamericana de enfermagem. 2017 septiembre ; 25(e2963).
7. González Gómez A,MPAyHLA. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. Enfermería global. 2016 Diciembre; 16(45).

8. Raquel Mendes ACDR. La teoría del confort como apoyo para un cuidado de enfermería clínico seguro. Ciencia y cuidado de la salud. 2016 abril; 15(2).
9. Lizarazo L,MMP. Experiencias significativas vivenciadas durante la aplicación del cuidado de enfermería desde la teoría del confort. Cuidado y ocupación humana. 2018 Abril; 2(2322).
10. Azebedo K, Silva L. Comfort como resultado de la atención de enfermería: una revisión integradora. Journal of research fundamental care. 2015 junio; 7(2).
11. Ministerio de salud pública. Plan estratégico Hospital San Vicente de Paúl. [Online].; 2015 [cited 2019 01 27. Available from: [file:///C:/Users/USER/Downloads/PLAN%20ESTRATEGICO%20HSVP%202015-2017%20OK-1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/PLAN%20ESTRATEGICO%20HSVP%202015-2017%20OK-1%20(1).pdf).
12. Ministerio de salud pública. Hospital San Vicente de Paúl sala situacional. [Online].; 2017 [cited 2019 01 10. Available from: [file:///C:/Users/USER/Downloads/hsvp\\_estado\\_situacional\\_septiembre0520564001507923113.pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/hsvp_estado_situacional_septiembre0520564001507923113.pdf).
13. Ministerio de salud pública. Misión y Visión. [Online].; 2018 [cited 2019 01 10. Available from: <http://www.hsvp.gob.ec/mision-y-vision/#search>.
14. Arévalo D, Bustillos C. Sistema de gestión de calidad para los servicios de mantenimiento del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra. [Pregrado]. Quito: Escuela Politécnica Nacional ; 2009.
15. Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. Octava ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
16. Marrner A, Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. séptima ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

17. Sanchez I, Romero F. Pacientes dependientes encamados: La movilidad. Tercera ed. Alicante : Ciencias y desarrollo; 2015.
18. Amorim L, Pereira C. Palliative care in HF: The comfort as an outcome of nursing care. *Heart & Lung*. 2015 December; 44(6).
19. León C. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista cubana de enfermería*. 2017 Agosto; 33(4).
20. Nava G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio de confort. *Enfermería neurológica*. 2010 Febrero; 9(94-104).
21. Wright K. Comfort theory and practice: a vision for holistic health. *Clinical nurse specialist*. 2016; 19(1).
22. Goodwin M, Sener I, Steiner S. A novel theory for nursing education. *Journal of holistic nursing*. 2015 December ; 25(4).
23. Eliopoulos C. *Enfermería gerontológica*. Octava ed. Barcelona: Wolters kluwer health; 2015.
24. Artanti E, Nurjannah I. Validity and reliability of shortened general Comfort questionnaire in indonesian version. *Belitung nursing journal*. 2018 Mayo; 4(4).
25. Gómez O, Carrillo G. Arias E. Teorías de enfermería para la investigación y la práctica en cuidado paliativo. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2016 Noviembre; 17(1).
26. Alligood M, Tomey A. *Modelos y teorías de enfermería*. Novena ed. España: Elsevier ; 2018.

27. Carrascal L. Actualización de los cuidados de enfermería al paciente encamado. [Online].; 2017 [cited 2019 Agosto 22. Available from: [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE002570.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002570.pdf).
28. Katherine Kolcaba. Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research New York: Springer Publishing; 2003.
29. Kolcaba K. A Comfort Unit: Outcomes Associated with Addressing Holistic Comfort Needs of Hospitalized Patients. [Online].; 2011 [cited 2020 02 13. Available from: [https://20f11897-e1ef-4efb-a681-f00a83a5dc4f.filesusr.com/ugd/618179\\_6918b6644da04c3182e3f81e9069d1e9.pdf?index=true&fbclid=IwAR2jB1q54M0tXZlFc8KYvnEvFlQHFjszefiEqNd3D9fFNoKwWA5i8G0HFes](https://20f11897-e1ef-4efb-a681-f00a83a5dc4f.filesusr.com/ugd/618179_6918b6644da04c3182e3f81e9069d1e9.pdf?index=true&fbclid=IwAR2jB1q54M0tXZlFc8KYvnEvFlQHFjszefiEqNd3D9fFNoKwWA5i8G0HFes).
30. NANDA internacional inc. Diagnosticos enfermeros definiciones y clasificación T H, editor. Barcelona : Elsevier ; 2015- 2017.
31. Estevan P. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. Complejo Hospitalario Universitario de Huelva. 2016 Mayo; 5(1286).
32. Kolcaba K. Necesidades de confort de los pacientes hospitalizados. [Online].; 1997-2019 [cited 2019 08 22. Available from: <file:///C:/Users/USER/Downloads/holistic%20confort.en.es.pdf>.
33. Asamblea constituyente. Constitución de la República del Ecuador. [Online].; 2008 [cited 2019 02 16. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6716.pdf>.
34. Semplades. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida. [Online].; 2017 [cited 2018 10 15. Available from: <http://www.planificacion.gob.ec/wp->

[content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_0K.compressed1.pdf](#).

35. Congreso Nacional. Ley de derechos y amparo al paciente. [Online].; 2006 [cited 2018 08 20. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>.
36. ICOH. Código internacional de ética para los profesionales de la salud. [Online].; 2002 [cited 2018 08 20. Available from: [http://www.bvsde.paho.org/cursoa\\_epi/e/lecturas/mod6/codigo.pdf](http://www.bvsde.paho.org/cursoa_epi/e/lecturas/mod6/codigo.pdf).
37. Consejo internacional de enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. [Online].; 2012 [cited 2018 08 20. Available from: [http://www.enfermerialeon.com/docs/comision\\_deo/CodigoCIE2012.pdf](http://www.enfermerialeon.com/docs/comision_deo/CodigoCIE2012.pdf).
38. Asamblea médica mundial. Declaración de Helsinki. [Online].; 2013 [cited 2018 08 20. Available from: <http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf?1>.
39. Sampieri R. Metodología de la investigación. Quinta ed. México : Mac Graw Hill; 2010.
40. Ecured. Investigación no experimental. [Online]. [cited 2019 mayo 05. Available from: [https://www.ecured.cu/Investigaci%C3%B3n\\_no\\_experimental](https://www.ecured.cu/Investigaci%C3%B3n_no_experimental).
41. Rabines Juárez, Ángel Orlando. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes. [Online].; 2015 [cited 2019 Mayo 14. Available from: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines\\_J\\_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf).

42. Portalforma. Confort. [Online]. [cited 2019 mayo 05. Available from: <https://www.portalfarma.com/Paginas/default.aspx>.
43. Silva J, Cordova S. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Elsevier. 2015 Junio; 12(2).
44. Krueger P. La falta de educación. [Online].; 2015 [cited 2020 01 21. Available from: <https://www.elmundo.es/salud/2015/07/09/559d6caa268e3ed9428b458d.html>.
45. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro estadístico de nacidos vivos y defunciones. [Online].; 2017 [cited 2020 01 03. Available from: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/2017/Presentacion\\_Nac\\_y\\_Def\\_2017.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Presentacion_Nac_y_Def_2017.pdf).
46. Luisa Díaz. Qué es la relajación. salud.mapfre. 2016.
47. Arizmandis Y. Eficacia de la deambulacion temprana para la disminucion de complicaciones postoperatorias. Tesis. Lima: Universidad privada Norbert Wener , Facultad ciencias de la salud; 2017.
48. Pablo Saz Peiró, Juan José Gálvez Galve, María Ortiz Lucas, Shila Saz Tejero. Ejercicio físico. Medicina Naturista. 2015; 5(1).
49. Campos L. Atencion de enfermeria al paciente con dolor. Tesis. España: Universidad de la Rioja , Escuela de enfermería; 2015.
50. Osterbur K, Mann FA, Kuroki K & DeClue A. Hiporexia. J Vet Intern Med. 2014.
51. Jéssica Xime naMencías Navas. Mejoramiento de la estado de ánimo de la adultomayor a través de actividades recreativas.

departamento de Ciencias Humanas y Sociales Universidad de las Fuerzas Armadas – ESP. 2016.

52. Juana Beatriz Ortiz Arriagada, Manuel Castro Salas. BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADULTOS MAYORES, SU RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA Y LA AUTOEFICACIA. CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA. .
53. Muñoz A, Moreno I, Bermejo J, Galán J. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. [Online].; 2014 [cited 2020 01 10. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>.
54. María del Rocío Calero Romero, Elisa Ramos Pareja. La intimidad del paciente, un reto para los cuidados enfermeros. Revista Internacional de enfermería basada en evidencia. 2017 Septiembre; 14.
55. Baquero B. Comunicación efectiva enfermera - paciente. Elsevier. 2015 abril; 10(1).
56. Esper R, Carrillo D, Carrillo L. Ruido en la Unidad de Cuidados Intensivos. Medigraphic. 2017 Jun; 31(339).
57. Ruiz T. La habitación del paciente, un espacio de comodidad y confort. Tena. 2015.
58. Rosana dos Santos Costa. CONTRIBUCIÓN FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Latino Enfermagem. 2014.
59. Pérez G. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. Aquichan. 2015 Junio; 1.

60. Pilar Jürschik, Teresa Botigué, Carmen Nuin y Ana Lavedán. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. Scielo. 2015 Marzo; 14(1).
61. Zarco J. Los pacientes piden a los profesionales sanitarios una comunicación “más fluida” y un acercamiento “más humanista”. [Online].; 2019 [cited 2020 01 28]. Available from: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/los-pacientes-piden-los-profesionales-sanitarios-una-comunicacion-mas-fluida-y-un->
62. Ferrer E. La medicion de la comodidad en enfermeras y pacientes ocologicos Madrid : Universidad complutense de madrid; 2009.
63. IESS. Protocolo de enfermeria en higiene y confort en el paciente con Déficit de autocuidado IESS , editor. Loja ; 2016.
64. MSP. Guia manual Quito: MSP; 2012.
65. Carrascal GC. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes. Scielo. 2015.
66. GC. C. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes. Scielo. 2015 Dec;(1).
67. CNP. Plan Nacional de Desarrollo-Toda una Vida Ecuador GdlRd, editor. Quito : Senplades; 2017-2021.
68. Müggenburg PRyC. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. [Online].; 2015 [cited 2018 10 10]. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n3/1665-7063-eu-12-03-00134.pdf>.
69. DIRECTIVA J. codigo internacional de etica. [Online].; 2013 [cited 2018 10 05]. Available from: [http://www.bvsde.paho.org/cursoa\\_epi/e/lecturas/mod6/codigo.pdf](http://www.bvsde.paho.org/cursoa_epi/e/lecturas/mod6/codigo.pdf).

70. CENETEC. Síndrome de Involuntad. [Online].; 2014 [cited 2019 11 08]. Available from: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-703-14-Enfermeria-Sxinmovilidad/703GRR.pdf>.
71. kolcaba K. Necesidades de confort de los pacientes. [Online].; 1997-2019 [cited 2019 08 21]. Available from: <file:///C:/Users/USER/Downloads/NECESIDADES%20PACIENTES.en.es.pdf>.
72. Arturo Ordoñez. Confort térmico y cuerpo humano. Seis cubos. 2019 Agosto.
73. Ruiz García, M<sup>a</sup> Victoria. VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2015.
74. Sonia Aguirre. MANIFESTACIÓN DEL SENTIDO DE VIDA EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD NO INSTITUCIONALIZADAS. Scielo. 2014.
75. Daniel B. Kaplan , Barbara J. Berkman . Religión y espiritualidad en los ancianos. Manual MSD versión para profesionales. 2016.
76. Magda Lucía Flórez Flórez. Comodidad del Paciente Hospitalizado en un Servicio de Cirugía. Revista de actualización de enfermería. 2016; 04(02).
77. Alba V. La unidad del paciente. Cama hospitalaria Baecelona: McGraw-Hill; 2014.
78. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2018 [cited 2019 Noviembre 11]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Hoja de recolección de datos**



### CUESTIONARIO KOLCABA DE CONFORT

Edad:                      Sexo:

Cuidador:

A continuación encontrará afirmaciones que intentan describir su nivel de confort en este momento. Cada ítem cuenta con cuatro alternativas de respuesta; por favor, marque con una X, la alternativa que considere describe mejor cómo se siente usted ahora. Conteste a todas las cuestiones, gracias.

	Totalmente de acuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	4	3	2	1
1. Mi cuerpo está relajado	4	3	2	1
2. Me siento útil porque me empeño en ello	4	3	2	1
3. Tengo suficiente intimidad	4	3	2	1
4. Cuando necesito ayuda, cuento con personas que me la dan	4	3	2	1
5. No quiero hacer ejercicio	4	3	2	1
6. Mi condición actual me desmoraliza	4	3	2	1
7. Me siento confiado	4	3	2	1
8. Me siento dependiente de otros	4	3	2	1
9. Siento que mi vida vale la pena	4	3	2	1
10. El sentirme querido me da fuerzas	4	3	2	1
11. Siento que lo que me rodea es placentero	4	3	2	1
12. Los ruidos no me dejan descansar	4	3	2	1
13. Nadie me comprende	4	3	2	1
14. Me resulta difícil soportar el dolor que siento	4	3	2	1
15. Intento hacer lo mejor	4	3	2	1
16. Cuando estoy solo no me siento infeliz	4	3	2	1
17. Mi fe me ayuda a no tener miedo	4	3	2	1
18. No me gusta estar aquí	4	3	2	1
19. Estoy estreñido	4	3	2	1
20. No me siento sano	4	3	2	1
21. Esta habitación me da miedo	4	3	2	1
22. Tengo miedo al futuro	4	3	2	1

**Anexo2. Guía (portada)**

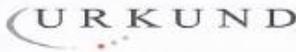


### Anexo 3. Archivo fotográfico (aplicación de encuestas)





## Anexo 4. Urkund



---

### Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** Tesis dimensiones del confort actualizada 10-03-2020.docx (D65127252)

**Submitted:** 3/9/2020 4:08:00 PM

**Submitted By:** donatellayapud@gmail.com

**Significance:** 16 %

Sources included in the report:

BORNAZ BOCANEGRA JANNINA.docx (D40161025)  
ESTUDIO DE CASO-CONFORT DEL ADULTO MAYOR.docx (D54657371)  
TESIS PEDIATRIA - CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRINCIPAL.docx (D59964598)  
TESIS FINAL Jenny Chuquin.docx (D58746149)  
TESIS CALIDAD ANDRES SALAZAR.docx (D54467191)  
TESIS MAESTRIA FRANCELIA URKUND.docx (D57723480)  
TESIS.docx (D56811467)  
Navarro\_Maldonado\_Raquel\_ActividadTeoríasyModelos.pdf (D47589116)  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3198/Educacion%20medica%20y%20salud%20%252818%2529%252C%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>  
[https://20f11897-e1ef-4efb-a681-f00a83a5dc4f.filesusr.com/ugd/618179\\_6918b6644da04c3182e3f81e9069d1e9.pdf?index=true&fbclid=IwAR2jB1q54M0tXZlF68KYvnEvFIQHfjszEfiEqNd3D9fNoKwWA5i8G0HFes](https://20f11897-e1ef-4efb-a681-f00a83a5dc4f.filesusr.com/ugd/618179_6918b6644da04c3182e3f81e9069d1e9.pdf?index=true&fbclid=IwAR2jB1q54M0tXZlF68KYvnEvFIQHfjszEfiEqNd3D9fNoKwWA5i8G0HFes)  
<https://www.salud.gov.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>  
<http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf?1>  
[https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/2017/Presentacion\\_Nac\\_y\\_Def\\_2017.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Presentacion_Nac_y_Def_2017.pdf)  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=es)  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>  
<https://www.buenastareas.com/materias/como-brindar-comodidad-y-confort-al-paciente/0>  
[https://www.researchgate.net/publication/327066559\\_Comodidad\\_del\\_paciente\\_en\\_una\\_unidad\\_de\\_cuidado\\_intensivo\\_cardiovascular](https://www.researchgate.net/publication/327066559_Comodidad_del_paciente_en_una_unidad_de_cuidado_intensivo_cardiovascular)

Instances where selected sources appear:

78

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de febrero del 2020  
Lo certifico

(Firma).....  
MSc. María Fernanda Valle Dávila  
C.C:1003032099  
DIRECTORA DE TESIS

