

**CONFORT EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES  
CRONICAS, EN UNA ESE DE MONTERIA, 2017**

**ERIKA MARTINEZ GONZALEZ  
DINA LUZ RAMOS GUILLIN**

**UNIVERSIDAD DE CORDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ENFERMERIA  
MONTERIA-CORDOBA  
2018**

**CONFORT EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES  
CRONICAS, EN LA UNA ESE DE MONTERIA, 2017**

**ERIKA MARTINEZ GONZALEZ  
DINA LUZ RAMOS GUILLIN**

**Asesores Temáticos  
LUZ DARY RIPOLL  
NYDIA NINA VALENCIA JIMÉNEZ**

**Asesora Metodológica  
Dra. NEYLA ESTHER BERROCAL NARVAEZ**

**UNIVERSIDAD DE CORDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ENFERMERIA  
MONTERIA-CORDOBA  
2018**

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

---

---

---

**PRESIDENTE DEL JURADO**

---

**JURADO**

---

**JURADO**

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a **Dios**, por permitirme lograr esta meta que con esfuerzo y amor trabajé, por ser luz y guía en mi camino.

A mis padres, **Wilson Martínez Ramírez** y **Nevis González Flores**, por ser mi mayor inspiración y mi principal motivo, por brindarme el apoyo necesario para cumplir con cada uno de mis propósitos, por extenderme los brazos y darme fuerzas para salir adelante, por tenerme siempre en sus oraciones, por cada palabra de aliento y sobre todo por su amor incondicional.

A mi angelito **Steisy Martínez González**, que desde el cielo siempre cuida de mí, a ella y por ella el amor a mi carrera.

A mi amiga **Dina Luz Ramos**, por acompañarme en el camino, por las veces que me hizo reír, por tener siempre pensamientos positivos, por sus consejos, por la paciencia, amor y empeño que le puso a nuestro trabajo.

A **David José Fernández**, por su amor, por cada una de sus palabras, por ser parte de este proceso, por apoyarme y por impulsarme a ser cada día mejor.

Que Dios me dé larga vida y permita retribuirles lo que han hecho por mí.

**Erika Martínez González.**

## AGRADECIMIENTOS

"¿No te he dado orden yo? sé animoso y fuerte. No sufras sobresalto, ni te aterrorices, porque jehová tu Dios está contigo a donde quiera que vayas" (Josué 1;9). Ciertamente has estado conmigo en todo momento y lugar, por ello levanto mi voz y mi corazón para darte primeramente gracias a ti **Jehová**, rey de reyes y señor de señores.

A mi tía quien acepto quedarse conmigo y darme el sustento durante estos 14 años, sobre el cual fomentó la base de mi educación hasta la secundaria, a ella le debo aquello que con dinero no se alcanza a pagar.

A mi madre que, aunque lejos de mí, me ha brindado su apoyo, amor y constancia durante mi formación profesional.

A mi hermana y sus dos hijos por ser el motor de mi vida, la fuerza y las ganas con que me levanto a dar lo mejor de mí con el objetivo algún día no muy lejano brindarles lo mejor. **LOS AMO INFINITAMENTE.**

A **Carmen** y **Judith** que luchan cada día porque yo triunfe, por ser su motivo de orgullo y por brindarme cada día los más sabios consejos.

A mis demás hermanos por contribuir y aportar un granito de arena a tan importante logro para mí.

A toda mi familia infinitas gracias por brindarme su ayuda, colaboración y apoyo en mi proceso de formación profesional.

A mis grandes regalos de vida, mis amigos: **Cristina, María José, Jaison, Nelly y Erika**. A ellos inmensamente gracias, por brindarme aliento cada instante, cada momento, y sobre todo por recordarme cada día que no debo parar, que tengo muchos motivos porque luchar.

A Erika por estar conmigo día y noche desde el inicio de esta lucha constante con el fin y propósito de obtener satisfactoriamente el título. Por ser no solo mi amiga de TG, sino también mi gran apoyo de vida, te quiero mucho, gracias por tu paciencia. A todas las personas que desde el gesto más sencillo ayudaron a cultivar este logro tan anhelado para mí.

A TODOS INFINITAS GRACIAS

**Dina Luz Ramos Güillín.**

## TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS .....	7
RESUMEN .....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCION .....	11
1. OBJETIVOS.....	14
1.1. GENERAL.....	14
1.2. ESPECIFICOS .....	14
2. MARCO REFERENCIAL .....	15
2.1 MARCO TEORICO .....	15
2.1.1 GENERALIDADES SOBRE EL CONFORT.....	15
2.1.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	16
2.1.3 SÍNTOMAS FRECUENTES EN ENFERMEDADES NO ONCOLÓGICAS .....	17
2.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	21
2.3 MARCO LEGAL .....	23
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	24
3. METODOLOGÍA.....	27
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	27
3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	28
3.6.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	28
3.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	28
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	29
5. CONCLUSIONES .....	51
6. RECOMENDACIONES.....	52
A LA INSTITUCIÓN OBJETO DE ESTUDIO:.....	52
7. BIBLIOGRAFIA .....	53
ANEXOS .....	57
ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	57
ANEXO B. SOLICITUD DE LA INFORMACIÓN.....	58
ANEXO C. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS E INSTRUMENTO DE CONFORT SGCQ- ESPAÑOL DE KATHERINE KOLCABA.....	59

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b>	<b>Distribución según la edad.</b>	<b>38</b>
<b>Tabla 2</b>	<b>Distribución según sexo.</b>	<b>38</b>
<b>Tabla 3</b>	<b>Distribución según nivel educativo.</b>	<b>39</b>
<b>Tabla 4</b>	<b>Contexto Psicoespiritual.</b>	<b>40</b>
<b>Tabla 5</b>	<b>Tipos de Confort en el contexto psicoespiritual</b>	<b>41</b>
<b>Tabla 6</b>	<b>Contexto Físico.</b>	<b>42</b>
<b>Tabla 7</b>	<b>Tipos de Confort en el contexto físico.</b>	<b>42</b>
<b>Tabla 8</b>	<b>Contexto Ambiental.</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 9</b>	<b>Tipos de Confort en el contexto ambiental.</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 10</b>	<b>Contexto Sociocultural.</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 11</b>	<b>Tipos de Confort en el contexto sociocultural.</b>	<b>45</b>
<b>Tabla 12</b>	<b>Nivel de Confort</b>	<b>47</b>

## ÍNDICE DE GRAFICOS

<b>Gráfico 1</b>	<b>Distribución según la edad.</b>	<b>39</b>
<b>Gráfico 2</b>	<b>Distribución según sexo.</b>	<b>40</b>
<b>Gráfico 3</b>	<b>Distribución según nivel educativo.</b>	<b>41</b>
<b>Gráfico 4</b>	<b>Contexto Psicoespiritual.</b>	<b>43</b>
<b>Gráfico 5</b>	<b>Tipos de Confort en el contexto psicoespiritual</b>	<b>45</b>
<b>Gráfico 6</b>	<b>Contexto Físico.</b>	<b>46</b>
<b>Gráfico 7</b>	<b>Tipos de Confort en el contexto físico.</b>	<b>47</b>
<b>Gráfico 8</b>	<b>Contexto Ambiental.</b>	<b>48</b>
<b>Gráfico 9</b>	<b>Tipos de Confort en el contexto ambiental.</b>	<b>49</b>
<b>Gráfico 10</b>	<b>Contexto Sociocultural.</b>	<b>50</b>
<b>Gráfico 11</b>	<b>Tipos de Confort en el contexto sociocultural.</b>	<b>51</b>
<b>Gráfico 12</b>	<b>Nivel de Confort</b>	<b>52</b>



## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de confort en los pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas no oncológicas, el cual se realizó un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo. Se aplicó un instrumento para una muestra de 70 personas mayores de 45 años de edad hospitalizados en la ESE Hospital San Jerónimo de la ciudad de Montería. La recolección de la información se hizo con previa autorización de las directivas de la institución, posteriormente se leyó a los participantes el consentimiento informado en el que se les dio a conocer el objetivo y alcances del proyecto los cuales fueron firmados por cada uno de los participantes que conformaron la muestra.

Los principales resultados arrojaron que la edad promedio oscila entre los 60 a 79 años de edad, predominó el sexo masculino (55,7%), escolaridad analfabeta (40%). Se observó que en los contextos psicoespiritual y físico la trascendencia predominó en un 100%, en el ambiental 92,9% en trascendencia y un 7,1 en tipo de confort alivio, por último, el contexto sociocultural con un 78,6% en trascendencia y tranquilidad con un 21,4%. A nivel general el tipo de confort predominante fue la trascendencia con un 92,8%.

Para concluir el nivel de confort relacionado con la salud que poseen los pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas es medio, puesto que manifiestan sentir un grado de satisfacción en el cubrimiento de las necesidades tanto físicas como emocionales, lo cual les genera bienestar y/o comodidad.

**Palabras claves:** Enfermedades Crónicas, Confort, Alivio, Tranquilidad, Trascendencia.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to determine the level of comfort and the type of comfort in the contexts; psychospiritual, physical, environmental and sociocultural in patients hospitalized in the internal medicine service with chronic non-oncological diseases, which was carried out a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. An instrument was applied for a sample of 70 people over 45 years of age hospitalized in the ESE San Jerónimo Hospital in the city of Montería. The information was collected with prior authorization from the institution's directives, after which participants were read the informed consent in which they were made aware of the objective and scope of the project, which were signed by each of the participants that made up the sample.

The main results showed that the average age ranges between 60 to 79 years of age, predominantly male (55.7%), illiterate schooling (40%). It was observed that in the psychospiritual and physical contexts the transcendence predominated in 100%, in the environmental 92.9% in transcendence and in a comfort type in 7.1 relief, finally, the sociocultural context with 78.6% in transcendence and tranquility with 21.4%. At a general level, the predominant type of comfort was transcendence with 92.8%.

To conclude the level of comfort related to health that patients with non-oncological chronic diseases have, it is medium, since they manifest to feel a degree of satisfaction in covering both physical and emotional needs, which generates well-being and / or comfort.

**Keywords:** Chronic Diseases, Comfort, Relief, Tranquility and Transcendence.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles -ECNT- han presentado un crecimiento acelerado en las últimas décadas y se calcula que anualmente mueren aproximadamente 40 millones de personas por esta causa que equivalen a un 70% de las cifras de mortalidad en el mundo; la Organización Mundial de la Salud calcula que la mayoría de las muertes por ECNT obedecen a las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y la diabetes convirtiéndose en una situación de gran impacto mundial por ello es necesario realizar una detección temprana, un cuidado integral y un tratamiento eficaz que proporcione calidad de vida del paciente, a través de intervenciones que brinden comodidad, confort y descanso.<sup>1</sup>

Las ECNT son multicausales porque implican la presencia articulada de varios factores de riesgos, las causas asociadas a estas son: malos hábitos alimenticios (comidas altas en sal, azúcar, grasas, condimentos), el sedentarismo (falta de ejercicios), consumo de sustancias psicoactivas (cocaína, cigarrillo, tabaco, marihuana, alcohol, etc.), trastornos del sueño, ansiedad, temor, angustias y antecedentes familiares, entre otros factores que favorecen la aparición de estas enfermedades siendo necesario una intervención de tipo integral por la alta incidencia y prevalencia que se reportan diariamente.

En el marco de estas consideraciones, surge la necesidad de realizar un estudio investigativo que permita identificar el tipo de confort que está recibiendo el paciente de acuerdo a las intervenciones recibidas y a la satisfacción de sus necesidades. El confort juega un papel muy importante al momento de brindar una adecuada atención en salud a las personas con ECNT, no solo porque les permite mejorar las condiciones o momentos por los que atraviesan, sino que facilita hacer una valoración frente a la evolución del tratamiento.

El confort es un elemento fundamental que contribuye a mejorar no solo la calidad de vida del paciente, sino también de la familia y comunidades. Sin embargo, cuando no se toman las medidas preventivas en el tiempo oportuno o no se aplica un tratamiento eficaz conduce inevitablemente al deterioro de la salud generando complicaciones asociadas al sufrimiento prolongado, pérdida de la funcionalidad física, trastornos psicológicos e incluso hasta la muerte.

---

<sup>1</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades no transmisibles [en línea]. Junio de 2017. Disponible en internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

La falta de asistencia en esta etapa de la enfermedad también se convierte en un factor de riesgo tanto para el paciente como para el cuidador ya que aumenta la progresividad de su enfermedad, la estancia hospitalaria, la ansiedad, la depresión, los gastos económicos y el cansancio del cuidador entre otros; por lo tanto, las entidades de salud deben incorporar dentro de sus planes y políticas estrategias encaminadas a brindar confort y bienestar integral al paciente y convertirse en una lucha constante por asegurar la salud física, mental, la dignidad, la comodidad y un final tranquilo de la vida.

En Colombia, según datos del Plan Decenal de Salud 2012-2020, para 2008, la prevalencia de HTA, en población general era del 22%. La HTA fue el segundo diagnóstico que generó más consultas en el SGSSS, con un 7,3% del total de la población y fue la séptima causa de muerte en el país para el año 2011, con una tasa ajustada de 11,34 por 100.000 habitantes.<sup>2</sup>

La necesidad de atención a este tipo de pacientes ha creado conciencia en determinadas instituciones de salud y ha permitido la generación de mecanismos para brindar una atención óptima y eficaz para las personas que los requieren. Sin embargo, se requiere de mayor cobertura y calidad de la atención en este tipo de servicios especialmente en regiones donde predomina la pobreza y vulnerabilidad como es el caso del Departamento de Córdoba.

La tasa de mortalidad por enfermedad crónica más alta del Departamento de Córdoba en el 2014 fue por enfermedad isquémica del corazón: 73.65 por 100.000 habitantes hombres y 47.27 por 100.000 habitantes mujeres. Por el contrario, la tasa de mortalidad por diabetes mellitus fue la más baja para ese mismo año en el departamento al presentar 11.3 defunciones en hombres y 12.8 por 100.000 habitantes en mujeres cifras que sugieren la intervención oportuna de los servicios de salud y la formación continua del talento humano para atender las implicaciones que genera este tipo de afecciones en la salud de las personas.<sup>3</sup>

Por lo anterior el confort termina siendo el resultado de una serie de intervenciones que generan alivio, tranquilidad y mejoría del paciente y a la vez le proporciona al cuidador más descanso, menos estrés. Por eso resulta de gran importancia vincular

---

<sup>2</sup> OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD. Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia [en línea]. Junio 30 de 2015. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informe-ons-5.pdf>

<sup>3</sup> OBSERVATORIO COLOMBIANO DE CUIDADOS PALIATIVOS. Resumen Departamento de Córdoba [en línea]. [Consultado: 7 febrero de 2018]. Disponible en internet: <http://occp.com.co/region/cordoba/>

a la familia al proceso salud-enfermedad con la finalidad de educarlos y de aliviar en el paciente el dolor y sufrimiento.

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1. GENERAL**

Determinar el nivel de confort en los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna con enfermedades crónicas no oncológicas.

### **1.2. ESPECÍFICOS**

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas no oncológicas.
- Identificar los tipos de confort se presentan en el ámbito psico-espiritual y físico.
- Identificar los tipos de confort se presentan en el ámbito ambiental y sociocultural.

## 2. MARCO REFERENCIAL

### 2.1 MARCO TEÓRICO

#### 2.1.1 GENERALIDADES SOBRE EL CONFORT

Katherine Kolcaba en su teoría del confort (1994), lo describe como “un estado que experimentan los receptores de las intervenciones”<sup>4</sup>, es decir, el cual es inherente al paciente en todo momento y confortable dependiendo del tiempo con que goza el paciente, lo cual depende también de la evolución de su patología.

El alivio, tranquilidad y transcendencia también lo describe como confort, los cuales ayudan a proporcionar un mejor estado en el paciente, así como también describe en cuatro contextos como puede ocurrir la comodidad del paciente, de forma física: se refiere a las sensaciones corporales, psicoespiritual: es la conciencia interna del ser humano, incluye la sexualidad, significado que cada quien da a la vida y puede abarcar la relación que se tenga con un ser de orden superior, ambiental: implica la luz, el ruido, equipo, color, temperatura y elementos naturales y sociocultural: tiene que ver con las relaciones personales, interpersonales y las tradiciones familiares.<sup>5</sup>

Estos cuatro contextos buscan unir toda la integralidad del paciente resultando de modo positivo ya que todas las intervenciones desde la más mínima hasta la más compleja siempre debe proporcionar ese alivio brindado por el profesional en ese proceso de rehabilitación del paciente, por ejemplo una medida muy básica como abrir las ventanas en una habitación de un paciente es algo que en muchos casos lo hace sentir mucho porque le brinda luminosidad natural, ventilación, paz y lo conecta con el medio exterior.

El paciente también debe tener un modo de distracción así no lo ejecute por sí mismo, es pertinente que le lean noticias o aspectos de su interés, ponerlo a escuchar cierto tipo de música relajante, estimularlo, entre otros. “Cuando las personas reciben ayuda adecuada para realizar las conductas saludables por sí

---

<sup>4</sup> Gómez Ramírez, O. J., Carrillo González, G. M. y Arias, E. M. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo [en línea]. En: Revista Latinoamericana de Bioética. 16 de noviembre de 2016, vol 17, no. 1, p. 64. [Consultado: 13 febrero 2018]. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a04.pdf>

<sup>5</sup> Ibid.

solas, como rehabilitación, y/o en su programa de recuperación; así como régimen también se potencializa la integridad estructural (Kolcaba, 1997, 2001).<sup>6</sup>

Cuando el receptor de cuidado ve cumplida su necesidad de intervención, lo manifestara a través de un estado de tranquilidad, es decir, un estado de calma y satisfacción, sin embargo, cuando el paciente ve o siente que esta necesidad no es suplida, esto trasciende, pero se convierte en un reto cuando él es capaz de sobrellevar o sobreponerse a diversas molestias que no se pueden aliviar.

La teoría del confort según Kolcaba también es vista como ese proceso “integral y coherente”<sup>7</sup> al momento de ser llevado a cabo en un proceso de evaluación, es decir, ser brindado de manera holística, ya que no puede dejar de lado ningún aspecto dimensional y al ser coherente implica estar arraigado bajo una fundamentación científica.

Busca ser aplicada de manera conjunta según sus aspectos apuntando a determinadas necesidades específicas esenciales del cuidado en el marco del crecimiento disciplinar.

Kolcaba reconoce que una de las necesidades centrales de atención de los enfermos y objetivo de la terapéutica es el confort y que una forma de expresar el arte de enfermería es con el cuidado de alivio; el confort implica un proceso de acciones reconfortantes y el producto de una mayor comodidad.

Teniendo en cuenta la clasificación del confort, Kolcaba afirma que su identificación permite conocer cuál es la situación de comodidad en que se encuentran actualmente los pacientes hospitalizados que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, que se caracterizan por lo general en tener una estancia prolongada que afecta la percepción del confort.

El confort ayuda a mantener el equilibrio y de cierta manera a manejar el dolor. Un equilibrio que busca tener ese aspecto del confort siempre por encima ante cualquier intervención apuntándole cada día a mejorar la calidad de vida del paciente.

### **2.1.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS**

---

<sup>6</sup> Guadalupe Nava Galán. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort [en línea]. MEDIGRAPHIC.com. (2010) [Consultado: 16 febrero 2018]. Disponible en Internet: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>

<sup>7</sup> Ibid., p 65.



Las enfermedades crónicas son aquellas que se caracterizan por presentar un estadio avanzado donde hay un alto compromiso a nivel sistémico del paciente.<sup>8</sup> Son enfermedades que dependiendo del inicio de intervención y tratamiento se prolonga la vida del paciente, por ende, los signos y síntomas son de gran importancia manejarlos bajo el conocimiento científico y una buena fundamentación. En este tipo de enfermedades crónicas no oncológicas el tiempo es muy variable y cualquier proceso por muy mínimo que sea altera todo el sistema con desenlaces fatales.

### **2.1.3 SÍNTOMAS FRECUENTES EN ENFERMEDADES NO ONCOLÓGICAS**

Para el año 2016 la Guía de práctica clínica adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social define algunos signos y síntomas que se presentan en las personas con patologías crónicas no oncológicas las siguientes.<sup>9</sup>

#### **DOLOR**

Según la asociación Internacional para el Estudio del Dolor define dolor como " una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño"<sup>10</sup>

#### **TIPOS DE DOLOR**

El dolor se puede clasificar teniendo en cuenta 5 aspectos como lo son su duración, su patogenia, su localización, su curso y su intensidad.<sup>11</sup>

#### **DURACIÓN:**

---

<sup>8</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades Crónicas [en línea] Disponible en Internet: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

<sup>9</sup> MINISTERIO DE SALUD. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo [en línea]. Bogotá (Junio 2016). Disponible en Internet: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_paliativo/Version\\_cortapaliativo2016\\_04\\_20.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_paliativo/Version_cortapaliativo2016_04_20.pdf)

<sup>10</sup> ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR. ¿Cómo se define el dolor crónico? Crónicas [en línea]. Disponible en internet: [http://www.change-pain.org/grt-change-pain-portal/change\\_pain\\_home/chronic\\_pain/insight/definition/es\\_ES/324800317.jsp](http://www.change-pain.org/grt-change-pain-portal/change_pain_home/chronic_pain/insight/definition/es_ES/324800317.jsp)

<sup>11</sup> F. Puebla Díaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico [en línea]. SCIELO.ISCIII.es. Barcelona (marzo 2005). [Consultado: 16 febrero 2018]. Disponible en Internet: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006)

- **Agudo:** El dolor agudo se caracteriza porque es limitado en el tiempo, de cierta manera es soportable por el ser humano, como, por ejemplo: “la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación con fracturas patológicas”.<sup>12</sup>
- **Crónico:** Caracterizado por ser de tipo ilimitado, insoportable y está acompañado de un componente psicológico, es decir, a nivel emocional afecta de gran manera al paciente. Es el dolor típico del paciente con cáncer u otra patología crónica en fase avanzada.<sup>13</sup>

### **PATOGENIA:**

- **Neuropático:** Se produce directamente del sistema nervioso central –SNC- por medio de un estímulo o por lesiones de vías nerviosas periféricas, este dolor caracteriza por ser de sensación punzante, quemante que a su vez se acompaña de parestesias (sensación de pinchazos o quemaduras), disestesias (percepción táctil anormal y desagradable), hiperestesia (aumento anormal y doloroso de la sensibilidad táctil.) entre otros.<sup>14</sup>
- **Nociceptivo:** Este tipo de dolor detecta los estímulos nocivos por medio de nociceptores a través del SNC para que el organismo responda de forma rápida y se proteja contra el daño que pueda causar.<sup>15</sup>
- **Psicógeno:** Dolor que se atribuye a factores psicológicos tales como emociones, miedos o creencias que hacen que este tipo de dolor empeore.<sup>16</sup>

### **LOCALIZACIÓN:**

- **Somático:** Existen algunos nociceptores somáticos superficiales o profundos que se producen por una excitación anormal tales como (piel, musculoesquelético, vasos, etc.). Esta localización del dolor es específica, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. Cuando se produce una

---

<sup>12</sup> Ibíd.

<sup>13</sup> Ibíd.

<sup>14</sup> Ibíd.

<sup>15</sup> Ibíd.

<sup>16</sup> Ibíd.

metástasis ósea, el dolor es de tipo óseo y este es el más frecuente. Este tipo de tratamiento incluye los antiinflamatorios no esteroideos -AINES-.<sup>17</sup>

- **Visceral:** “Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales”. Este es un tipo de dolor mal localizado, es continuo y profundo. Por ejemplo: un dolor puede localizarse en una zona determinada pero así mismo irradiarse a partes lejanas de donde se originó y los síntomas son de carácter neurovegetativos. Los dolores de tipo cólico, metástasis hepáticas y cáncer pancreático son ejemplos de dolor visceral.<sup>18</sup>

#### **CURSO:**

- **Continuo:** Persistente a lo largo del día y no desaparece.<sup>19</sup>
- **Irruptivo:** Al dolor irruptivo se le debe hacer un buen manejo, el cual está basado en tres grandes aspectos principales: prevención, anticipación y uso de la medicación adecuada. “El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente”.<sup>20</sup>

#### **INTENSIDAD:**

- **Leve:** Cuando la intensidad del dolor es leve, el paciente puede realizar sus actividades diarias, es decir, es un dolor soportable.
- **Moderado:** Cuando la intensidad es moderada al paciente se le dificulta realizar sus actividades habituales. Su tratamiento debe ser con opioides menores.
- **Severo:** Es de alta intensidad lo cual interfiere con el descanso y su tratamiento se basa en la administración de opioides mayores.<sup>21</sup>

#### **ASTENIA**

Es un estado en donde el organismo se encuentra en completo cansancio ante esfuerzos mínimos, donde se presenta poca capacidad funcional, falta

---

<sup>17</sup> F. Puebla Díaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico [en línea]. SCIELO.ISCIII.es. Barcelona (marzo 2005). [Consultado: 16 febrero 2018]. Disponible en Internet: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006)

<sup>18</sup> Ibíd.

<sup>19</sup> Ibíd.

<sup>20</sup> Ibíd.

<sup>21</sup> Ibíd.

concentración, alteraciones de la conciencia, debilidad e incapacidad de realizar cualquier actividad física.<sup>22</sup>

## **ANOREXIA**

Es un “trastorno de origen neurótico” que se caracteriza por la pérdida de peso y falta de apetito acompañado de adelgazamiento de forma extrema, vómitos provocados y en mujeres se puede presentar ausencia de la menstruación.<sup>23</sup>

## **CAQUEXIA**

Este síntoma hace referencia a la pérdida considerable de masa muscular que difícilmente puede ser contrarrestada con la nutrición, es decir, aunque la persona consume suficientes calorías la masa corporal no aumentara, lo que indica que puede existir alguna patología que esté afectando al organismo.<sup>24</sup>

## **DISNEA**

Este síntoma se caracteriza por la falta de aire o dificultad que presentan los pacientes para respirar, sensación de asfixia, ahogo, incapacidad de estos para obtener la cantidad suficiente de aire, entre otros, se puede manifestar en algunos casos síntomas asociados como mareo, disminución del oxígeno, náuseas y ansiedad.<sup>25</sup>

## **DELIRIUM**

“Estado mental que se caracteriza por la alteración del estado de conciencia”.<sup>26</sup>

## **INSOMNIO**

---

<sup>22</sup> MINISTERIO DE SALUD. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo [en línea]. Bogotá (Junio 2016), pág.46-48. Disponible en Internet: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_paliativo/Version\\_cortapaliativo2016\\_04\\_20.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_paliativo/Version_cortapaliativo2016_04_20.pdf)

<sup>23</sup> Ibíd.

<sup>24</sup> Ibíd.

<sup>25</sup> Ibíd., p. 49.

<sup>26</sup> Ibíd., p. 50.

Se considera como la falta de sueño de forma anormal y dificultad para conciliarlo que se presenta al momento de dormir.<sup>27</sup>

## **ANSIEDAD**

Sensación de angustia, intranquilidad, preocupación y nerviosismo que no permite al paciente un estado de descanso y relajación.<sup>28</sup>

## **DEPRESIÓN**

Este síntoma se caracteriza en los pacientes crónicos y no crónicos como “un trastorno del estado de ánimo.”<sup>29</sup>

## **DISFAGIA**

Es manifestada como una dificultad para la deglución.<sup>30</sup>

## **NÁUSEAS Y VÓMITO**

“La náusea se define como la sensación desagradable e inminente de vomitar. Se localiza vagamente en el epigastrio o la garganta y puede o no culminar en un vómito. El vómito se refiere a la eyección enérgica del contenido gastrointestinal a través de la boca, mediante contracciones involuntarias de la musculatura de la pared torácica y abdominal”.<sup>31</sup>

## **2.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

En un estudio realizado por Angélica Meneses, Ingrid Catherine Torrado Acevedo y Yariela Jenessa Acevedo Duran<sup>32</sup> en diciembre de 2012, en la ESE Hospital

---

<sup>27</sup> MINISTERIO DE SALUD. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo [en línea]. Bogotá (Junio 2016), pág. 50. Disponible en Internet: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_paliativo/Version\\_cortapaliativo2016\\_04\\_20.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_paliativo/Version_cortapaliativo2016_04_20.pdf)

<sup>28</sup> *Ibíd.*, p. 51.

<sup>29</sup> *Ibíd.*, p. 52.

<sup>30</sup> *Ibíd.*, p. 53.

<sup>31</sup> *Ibíd.*, p. 53,54.

<sup>32</sup> URIBE MENESES, Angélica, et al. Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía [en línea] Disponible en Internet: [file:///C:/Users/Userv10/Downloads/Dialnet-ConfortDeLosPacientesHospitalizadosEnElServicioDeN-4114496%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Userv10/Downloads/Dialnet-ConfortDeLosPacientesHospitalizadosEnElServicioDeN-4114496%20(3).pdf)

Universitario Erasmo Meoz, se buscó determinar el tipo de confort de los pacientes hospitalizados del servicio de Neurocirugía, se encontró como resultado la evidencia de un mayor estado de trascendencia en el tipo de confort psico-espiritual seguido del físico. Las puntuaciones más altas se ubican en trascendencia y tranquilidad de predominio en el contexto psico-espiritual.

En cuanto a la puntuación obtenida en los contextos del confort; 358 en el contexto psicoespiritual, 333 en el ambiental, 329 en el social y 316 en el físico. En cuanto a los tipos de confort se obtiene: trascendencia 502 puntos, tranquilidad 485 puntos y alivio con 349 puntos. Se evidencia el 50% de pacientes en un tipo de confort clasificado como “trascendencia”, 40% con “tranquilidad” y 10% en “alivio”. Los pacientes, obtuvieron un grado medio de comodidad con 134 puntos de los cuales 5 pacientes se encontraron por encima de la media y 5 por debajo de ella.

Otro estudio realizado en el mes de junio de 2014, publicado por la revista científica editorial Usco<sup>33</sup> en el cual se pretendió determinar el nivel de comodidad de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones de salud de Cartagena. El resultado encontrado fue que según los 3 tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) estipulados por Kolcaba, circunscritos a las dimensiones física, social, psicoespiritual y ambiental; se encontró que el tipo de confort que predominó de manera general para las dimensiones física y social fue la trascendencia. En cuanto a la dimensión ambiental el tipo de confort predominante fue trascendencia y tranquilidad. Con respecto a la dimensión psicoespiritual el tipo de confort predominante fue tranquilidad y alivio.

Para este mismo año en el mes de julio a septiembre, se realizó un estudio por Ana González Gómez, Amparo Montalvo Prieto y Arleth Herrera Lian<sup>34</sup> en cuatro instituciones de la ciudad de Cartagena, donde determina la comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio asociando los factores sociodemográficos a las dimensiones de la comodidad (físico, social, psicoespiritual y ambiental) de los pacientes hospitalizados; cuyo resultado fue el predominio de tipo de confort trascendencia en las dimensiones social, psicoespiritual y física y en la dimensión ambiental el tipo de confort alcanzado fue la tranquilidad. También se encontró una asociación entre las dimensiones física, social y ambiental con ser de un estrato socioeconómico mayor que 2 y contar con

---

<sup>33</sup> REVISTA FACULTAD DE SALUD. Comodidad de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias, Cartagena [en línea]. Disponible en internet: <https://www.journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/149/265>

<sup>34</sup> GONZALEZ GOMES, Ana, et al. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio [en línea] Disponible en Internet: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/51713/2/260101-957991-1-PB.pdf>

estudios de secundaria o superiores. La dimensión psicoespiritual no presentó asociación con los factores sociodemográficos.

Otro estudio realizado por María Isabel Ruiz Góngora <sup>35</sup> en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá en el mes de diciembre de 2015 y enero de 2016, el cual busca describir la comodidad del paciente adulto hospitalizado en esta unidad, muestra como resultado que entre los contextos del confort se satisface la comodidad en rangos que oscilan entre lo alto y medio alto: en cuanto a lo psicoespiritual con un promedio de 45 puntos, donde se evidencio una mayor comodidad del 86%, en cuanto a lo ambiental con un promedio de 39,58 puntos, en cuanto al contexto físico con un promedio de 32,36 puntos, donde se evidencio una menor comodidad del 67% y en cuanto a lo social con un promedio de 29,13 puntos. Para los tipos de confort, también cambia el número de ítems totales para cada uno, observando que el tipo con mejor promedio de comodidad fue la tranquilidad con 52,18 puntos y la trascendencia con 48,51 puntos, ubicándolos en un rango alto de cubrimiento de comodidad. Esto incluye un tipo de alivio en el rango medio alto con 45,38 puntos en promedio.

### 2.3 MARCO LEGAL

Dentro de los aspectos legales para esta investigación encontramos:

**Resolución 0412 de 2000.** “Mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades”<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> RUIZ GÓNGORA, María Isabel. Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular [en línea] Bogotá 2016. [Consultado: 10 de mayo de 2018]. Disponible en Internet: <http://www.bdigital.unal.edu.co/57620/3/MariaIsabelRuiz.2017.pdf>

<sup>36</sup> COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0412 (25, febrero, 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública [en línea]. Disponible en internet: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>

**Ley 1733 del 2014**, la cual tiene como objeto “garantizar el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento que incluya el manejo y alivio del dolor mitigando el sufrimiento y otros síntomas”.<sup>37</sup>

De la misma forma manifiesta “el derecho de estos pacientes a desistir de manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida”.<sup>38</sup>

**Resolución 1216 de 2015**, por la cual “se imparten directrices para la conformación y funcionamiento de los Comités Científico-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad, los cuales actuarán en los casos y en las condiciones definidas en las sentencias C239 de 1997 y T-970 de 2014.”<sup>39</sup>

Esta ley consideró que el derecho fundamental a vivir en forma digna implica el derecho fundamental a morir con dignidad y, en dicha determinación, exhortó al Congreso de la República a expedir la regulación respectiva.

## **2.4 MARCO CONCEPTUAL.**

### **ENFERMEDAD CRÓNICA**

---

<sup>37</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA .Ley 1733 (8, septiembre, 2014). Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida [en línea]. Bogotá. Disponible en internet: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1733014.pdf>

<sup>38</sup> *Ibíd.*, p 1.

<sup>39</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1216 (20, abril, 2015) Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad [en línea]. Bogotá, D.C. Disponible en internet: <http://www.eltiempo.com/contenido/estilo-de-vida/salud/ARCHIVO/ARCHIVO-15588980-0.pdf>



“Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta”<sup>40</sup>

Las enfermedades crónicas resultan ser en la mayoría de los casos el resultado inadecuado de un estilo de vida, es decir, muchas personas no tienen conciencia de la gravedad de las patologías que se pueden presentar y las complicaciones que conllevan, así como también la falta de información o conocimiento. También cabe resaltar que existen muchas enfermedades crónicas que inician su proceso de manifestación en un periodo avanzado, es decir, cuando ya existe un compromiso de muchos órganos vitales del paciente, sin dejar de lado que esto se debe a que muchas personas no se realizan chequeos médicos regularmente y la inasistencia o falta de motivación a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

## **CONFORT**

“Reconfortar enormemente”.<sup>41</sup> Podemos decir que hablar de confort de es un estado de comodidad, de relajación en donde el medio que los rodea funciona en armonía donde los elementos que lo conforman como físicos, sociales, ambientales, familiares, laborales, no perturben de forma directa o indirecta, permitiendo un desarrollo completo de actividades, pensamientos, conversaciones, descanso etc. Podríamos decir que es un estado en el que se encuentra el ser humano y cualquier otro ser viviente donde puede crecer, formarse, educarse, socializar, descansar entre otras actividades, sin que sea vea transgredido o irrespetado cualquiera de sus derechos o libertades que se le competen desde el momento en el que nace.

## **ALIVIO**

“Sensación de tranquilidad que le queda a una persona al ser aliviada de una molestia, un dolor”. También es entendido como la satisfacción de necesidades específicas y se constituye en un estado que le permite al paciente transmitir y comunicar sus necesidades emocionales.

## **TRANQUILIDAD**

---

<sup>40</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades Crónicas [en línea]. Disponible en internet: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

<sup>41</sup> KOLCABA, Katherine. El confort [en línea]. (30 de mayo 2013). [Consultado: 15 de mayo de 2018]. Disponible en Internet: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com.co/2013/05/el-confort.html>

“La tranquilidad es el estado de calma, serenidad o paz, que experimenta una determinada persona o individuo”. Quien demuestra aceptación de su condición, es una referencia a la comodidad de la mente y el cuerpo es un estado positivo.

### **TRASCENDENCIA.**

“Trascender es sobresalir, alcanzar de una forma u otra algo que está fuera de los límites que impone el cuerpo”. Adquiere entonces un carácter de finalidad que ha de cumplirse como lo más importante, lo esencial, por lo que se convierte en el fundamento de la acción y el sentido de todo lo que se hace.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

Estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo.

#### **3.2. ESCENARIO DEL ESTUDIO**

Empresa Social del Estado, de tercer y cuarto nivel, ofreciendo diversas especialidades, dedicada a la prestación de servicios de salud, donde tiene acceso toda población

#### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población total durante el primer trimestre de 2018 fue de 227, la muestra estuvo conformada por 70 pacientes hospitalizados con enfermedad crónicas, en una ESE de montería, que cumplieran con los criterios de inclusión.

#### **3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS**

Pacientes hospitalizados con enfermedad crónicas, en una ese de la ciudad de Montería

#### **3.5. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Los datos se recolectaron a través del instrumento general sobre el confort de Kolcaba, el cual se encuentra validado y es de libre uso. El instrumento consta de 28 ítems formulados positivamente y negativamente, medidos mediante una escala de tipo Likert, con valores de 1 a 4, que corresponden a totalmente de acuerdo (4), de acuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1), está dividido por cuatro contextos (psicoespiritual, físico, ambiental, sociocultural) el cual permite medir el tipo y el nivel de confort para fines clínicos y ser utilizado con fines investigativos.

#### **nivel**

Para medir el tipo de confort se tuvo en cuenta que el puntaje mínimo total es de 28 puntos y el puntaje máximo de 112. Se establecieron puntos de corte para cada uno de los contextos. Para el contexto psicoespiritual el punto de corte del tipo alivio fue de 0 a 10, tranquilidad de 11 a 20 y trascendencia más de 20; para el contexto físico el punto de corte del tipo alivio fue de 0 a 5, tranquilidad de 6 a 10 y trascendencia

mas de 10; para el contexto ambiental el punto de corte para el tipo de alivio fue de 0 a 9, tranquilidad de 10 a 18 y trascendencia mas de 18 y para el contexto sociocultural el punto de corte para el tipo de alivio fue de 0 a 4, tranquilidad de 5 a 8 y trascendencia más de 8. La suma de los ítems positivos y negativos de cada contexto define el resultado del tipo de confort según el punto de corte. **(ANEXO C).**

### **3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **3.6.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Persona diagnosticada con enfermedad crónica no oncológica, hospitalizada en una ESE de la ciudad de Montería.
- Persona diagnosticada con enfermedad crónica no oncológica mayor de 45 años de edad.
- Paciente con enfermedad crónica no oncológica que no presente alteraciones cognitivas.
- Persona diagnosticada con enfermedad crónica no oncológica, hospitalizada en una ESE de la ciudad de Montería, dispuestos a participar en el estudio y brindar la información solicitada.

#### **3.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

Personas diagnosticadas con enfermedades crónicas no oncológicas que no cumplan con los criterios anteriores.

### **3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

El procesamiento de la información se realizó a través del programa de Excel, versión 2010 para el análisis se utilizó la estadística descriptiva. La información se presenta en tablas y gráficas.

### **3.8. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

Se tendrá en cuenta la resolución 008430 de 1993 del ministerio de salud, la cual establece las bases conceptuales y legales de la investigación en salud. De acuerdo al capítulo 11 de la anterior resolución, este es un estudio “sin riesgo ético”.

#### 4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

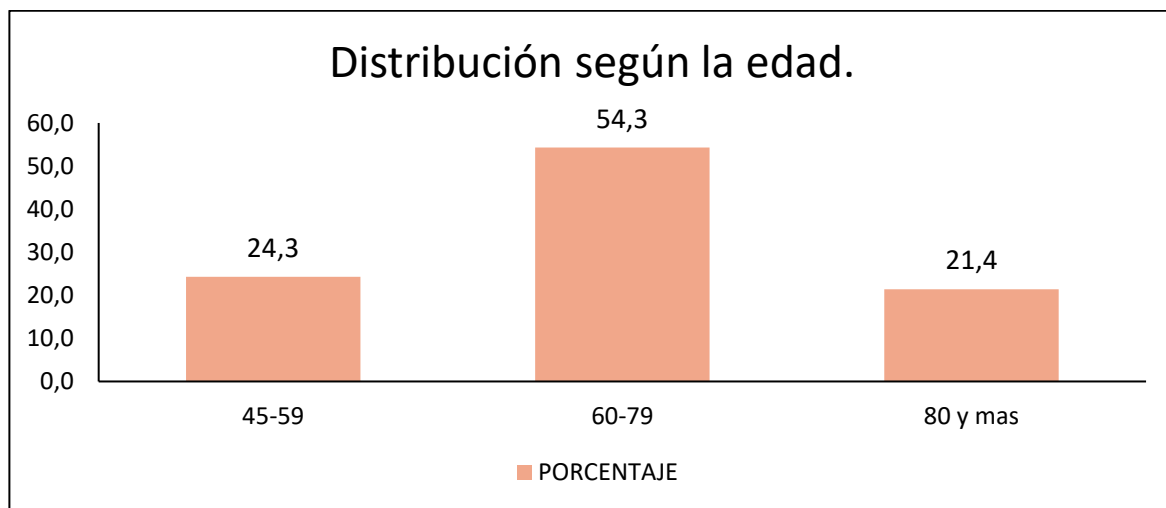
##### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Distribución según la edad.

RANGO DE EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
45-59	17	24,3
60-79	38	54,3
80 y mas	15	21,4
TOTAL	70	100.0

Fuente: Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

Gráfica 1.



Fuente: Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

En la distribución de pacientes según la edad el mayor porcentaje se presentó entre los 60-79 años con 54,3%, siguiendo los de 45-59 años con 24,3% y por último los de mayores de 80 años con 21,4%, cabe destacar que el mínimo de edad fue de 45 años y el máximo de 88 años, con un promedio de 68,72. Según la clasificación del ciclo vital establecida por el Ministerio de salud las enfermedades crónicas no oncológicas se presentan en su mayoría en personas mayores (60 y mas)

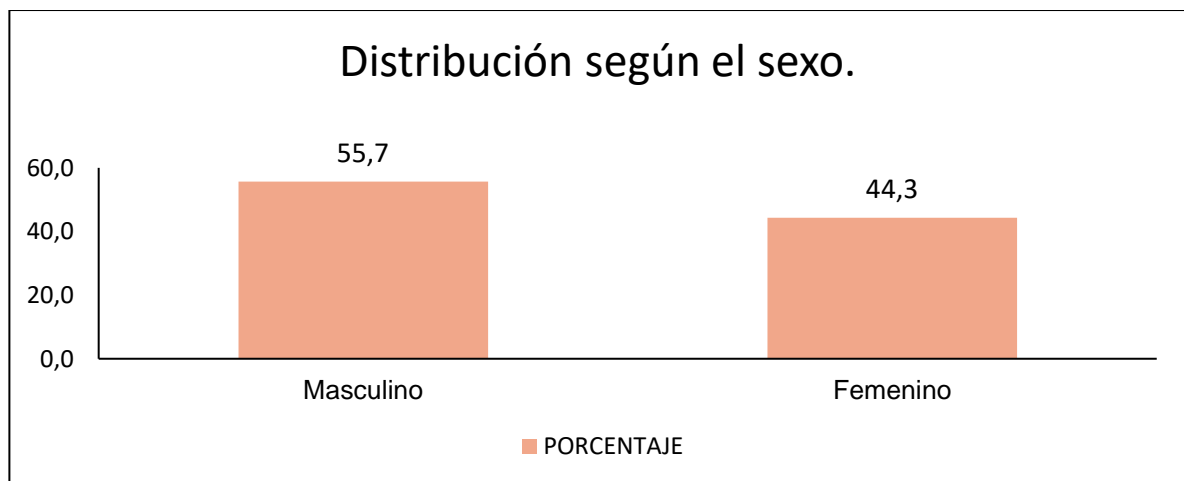
representando el 75,4% de la población encuestada, similar a lo hallado por Jesús Menéndez; Adialys Guevara; Néstor Arcia; Esther María León Díaz; Clara Marín; Juan C. Alfonso<sup>42</sup> en su estudio sobre enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores donde predominó el promedio de edad entre 69,9 a 73,3 años de edad, esto se debe posiblemente a que los paciente de edad avanzada presentan mayor compromiso multisistémico por el debilitamiento de su estado inmunológico, agregado a esto los años de progresión de la enfermedad.

**Tabla 2. Distribución según sexo.**

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	39	55,7
FEMENINO	31	44,3
TOTAL	70	100.0

**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Gráfica 2.**



**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

<sup>42</sup> MENÉNDEZ, Jesús, et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores [en línea] Disponible en Internet: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000500007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000500007&script=sci_abstract&tlng=pt)

Según la gráfica se puede evidenciar que predominó el sexo masculino en un 55,7%, mientras que el sexo femenino representa un 44.3%, lo cual se asemeja un poco en el predominio del sexo en un estudio realizado por María Ruiz Góngora<sup>43</sup> sobre la comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular en la ciudad de Bogotá, Colombia, donde predominó el sexo masculino en un 73%, mientras que las mujeres representaron un 27%. De igual forma en otro estudio realizado por Angélica Uribe, Ingrid Torrado y Yariela Acevedo<sup>44</sup>; sobre el confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía en la ciudad de Cúcuta, Colombia donde la muestra fue constituida por 10 pacientes, predominó el sexo masculino en un 90% y el 10% se sexo femenino. Esto se debe posiblemente a que hay diferencias en cuanto a la esperanza de vida, tal como lo afirma Elisa Dulcey Ruiz y Deisy Jeannette Arrubla<sup>45</sup> en su estudio sobre envejecimiento y vejez en Colombia 2013, es decir, las mujeres viven más tiempo que los hombres, Por otro lado se debe también probablemente por la carga laboral, lo cual contribuye a una disminución de las habilidades y aumento de la vulnerabilidad, es decir más propensos a contraer enfermedades.

---

<sup>43</sup> RUIZ GÓNGORA, María Isabel. Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardio vascular [en línea] Bogotá 2016. [Consultado: 10 de mayo de 2018]. Disponible en Internet: <http://www.bdigital.unal.edu.co/57620/3/MariaIsabelRuiz.2017.pdf>

<sup>44</sup> URIBE MENESES, Angélica, et al. Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía [en línea] Disponible en Internet: [file:///C:/Users/Userv10/Downloads/Dialnet-ConfortDeLosPacientesHospitalizadosEnElServicioDeN-4114496%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Userv10/Downloads/Dialnet-ConfortDeLosPacientesHospitalizadosEnElServicioDeN-4114496%20(3).pdf)

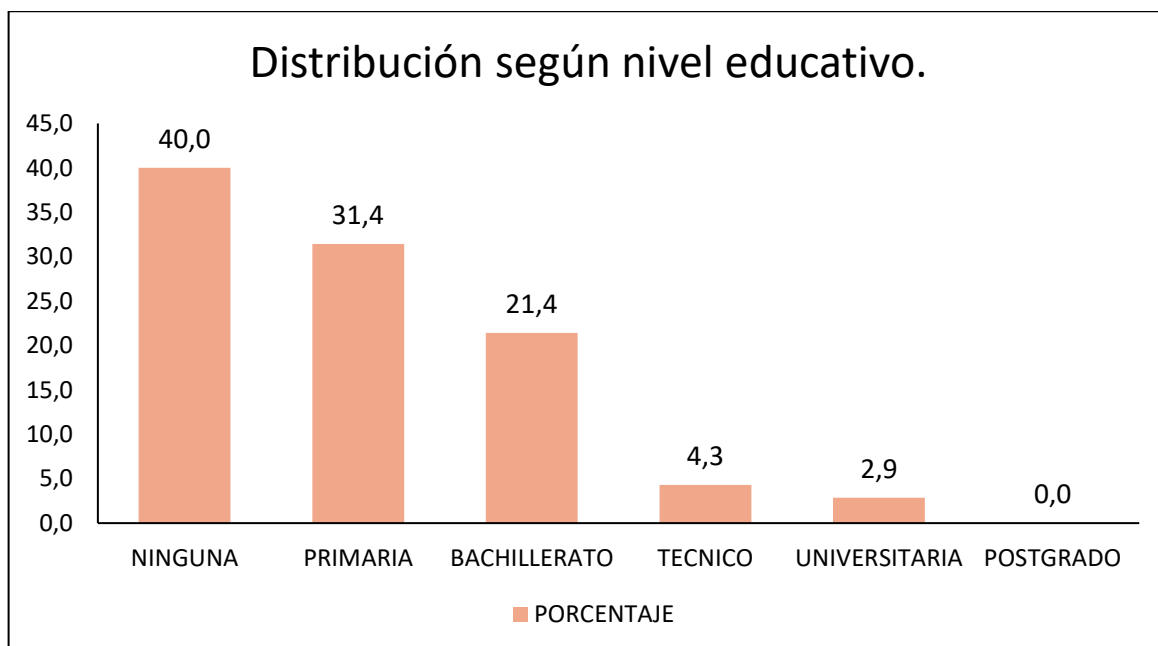
<sup>45</sup> RUIZ, Elisa y ARRUBLA Deisy. Envejecimiento y vejez en Colombia [en línea]. Colombia (agosto de 2013). [Consultado: 20 de mayo de 2018]. Disponible en Internet: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/3%20-%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>

**Tabla 3. Distribución según nivel educativo.**

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
NINGUNA	28	40,0
PRIMARIA	22	31,4
BACHILLERATO	15	21,4
TÉCNICO	3	4,3
UNIVERSITARIA	2	2,9
POSTGRADO	0	0,0
TOTAL	70	100.0

**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Gráfica 3.**



**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

En la distribución según el nivel educativo de los pacientes se encontró que en su mayoría (71,4%) se centra entre analfabetismo y primaria y que solo un 28,6% alcanzo a realizar entre un grado de bachillerato, técnico y algún nivel universitario; si lo comparamos con un estudio realizado María Rodríguez Gázquez, Edith



Arredondo Holguín y Yurany Andrea Salamanca Acevedo<sup>46</sup>, en su estudio Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín, donde se afirma que los pacientes con más educación tienen mayor poder de juzgamiento a la hora de la toma de decisiones para mejorar las conductas de autocuidado, ante esto podemos decir que el conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad y las consecuencias que esta conlleva no será el mejor, por ello no podrá actuar adecuadamente ante los síntomas o cambios que manifieste al transcurrir el ciclo de vida por lo tanto se afectará notablemente su estilo y calidad.

---

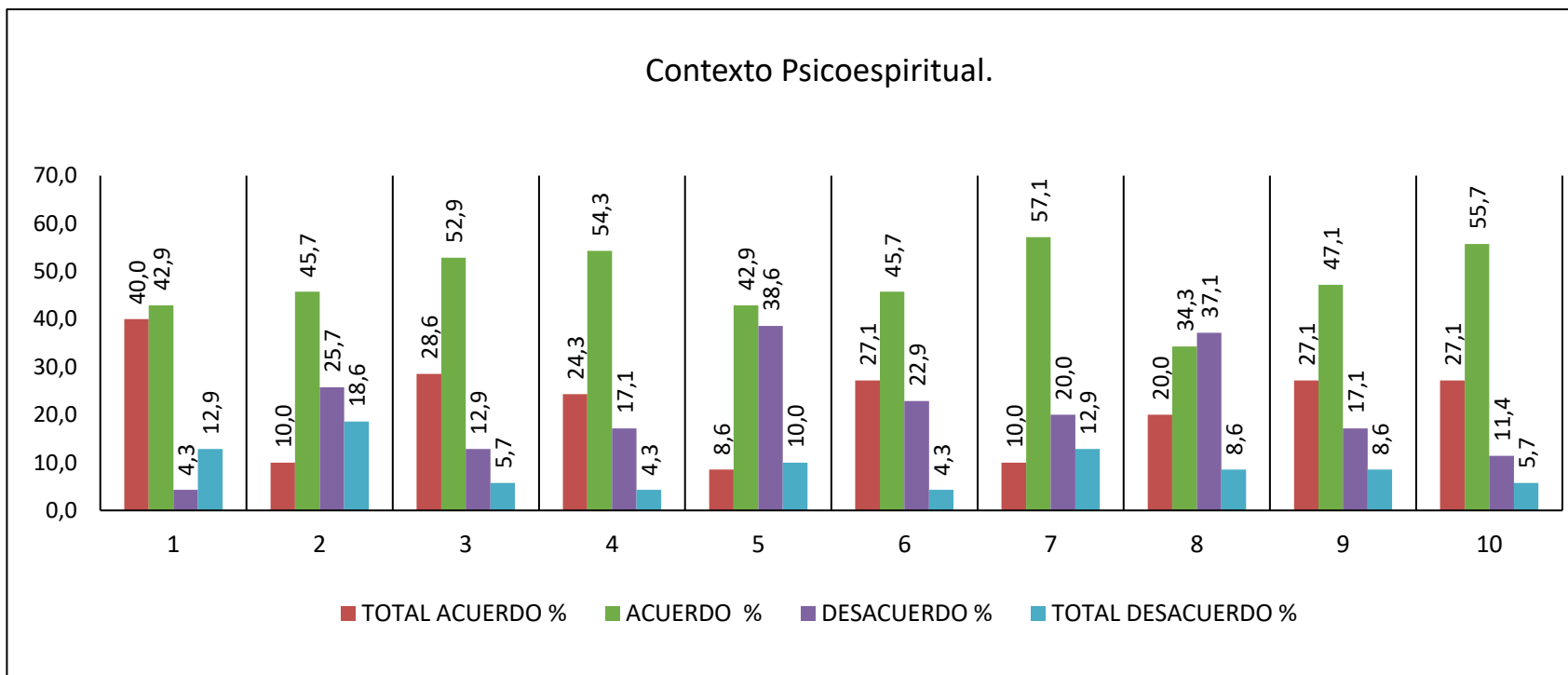
<sup>46</sup> RODRÍGUEZ GÁZQUEZ, María, et al. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia) [en línea]. Colombia (abril 2013) [Consultado: 20 de mayo de 2018]. Disponible en Internet: file:///C:/Users/Userv10/Desktop/147921-634811-1-PB.pdf

**Tabla 4. Contexto Psicoespiritual.**

	TOTAL ACUERDO		ACUERDO		DESACUERDO		TOTAL DESACUERDO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1.Mi situación me baja el ánimo.	28	40,0	30	42,9	3	4,3	9	12,9
2.Me siento seguro.	7	10,0	32	45,7	18	25,7	13	18,6
3.Siento que mi vida vale la pena.	20	28,6	37	52,9	9	12,9	4	5,7
4.Me aterra lo que me va a suceder.	17	24,3	38	54,3	12	17,1	3	4,3
5.Estoy satisfecho.	6	8,6	30	42,9	27	38,6	7	10,0
6.Necesito mejor información sobre mi salud.	19	27,1	32	45,7	16	22,9	3	4,3
7.Siento que no tengo muchas opciones.	7	10,0	40	57,1	14	20,0	9	12,9
8.Me siento en paz.	14	20,0	24	34,3	26	37,1	6	8,6
9.Estoy desanimado.	19	27,1	33	47,1	12	17,1	6	8,6
10.Le encontré significado a la vida.	19	27,1	39	55,7	8	11,4	4	5,7

**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Grafica 4.**



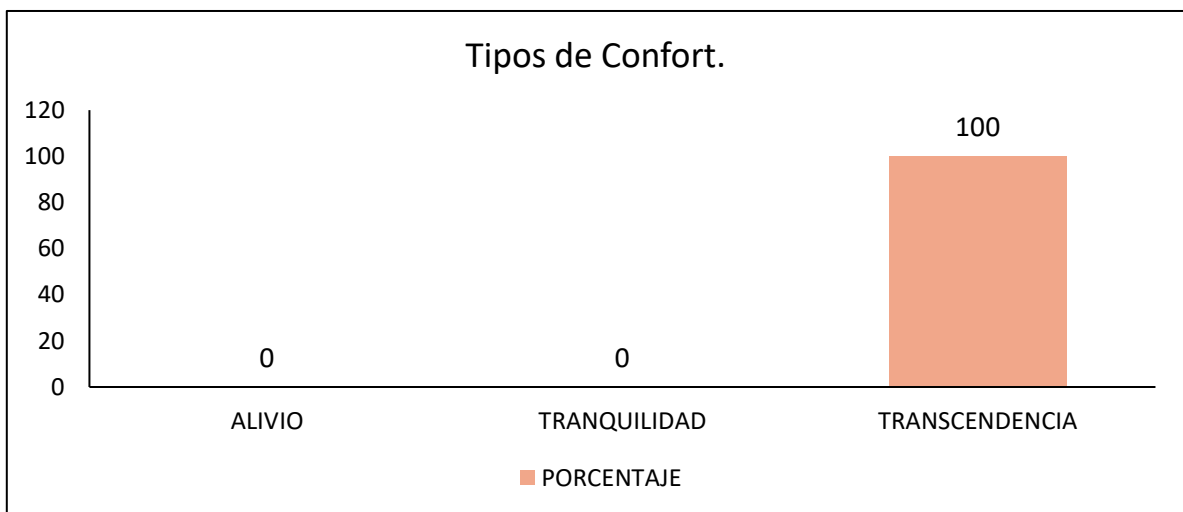
**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Tabla 5. Tipos de Confort en el contexto psicoespiritual**

TIPOS DE CONFORT	NÚMERO	PORCENTAJE
ALIVIO	0	0,0
TRANQUILIDAD	0	0,0
TRANSCENDENCIA	70	100,0
TOTAL	70	100,0

**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Grafica 5.**



**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

Ante la pregunta “Mi situación me baja el ánimo” se encontró que el 82,9% oscila entre total acuerdo y acuerdo, seguido de un 45,7% que manifiesta sentirse seguro, el 83,8% califica total acuerdo y acuerdo al ítem “Siento que mi vida vale la pena” y el 54,3% acuerdo en que le aterra lo que le pueda suceder; en cuanto al enunciado “estoy satisfecho” el 42,9% de la población respondió estar de acuerdo, sin embargo el 45,7% afirma que necesita mejor información sobre su salud. El 57,1% respondieron estar de acuerdo con el enunciado “Siento que no tengo muchas opciones” a pesar de ello el 54,3% manifestó estar en total acuerdo y acuerdo con

el enunciado y ante la pregunta “Le encontré significado a la vida” el 82,2% (sumatoria de columnas 2 y 4) los participantes expresaron estar de acuerdo con el ítem.

Para este tipo de contexto (psicoespiritual) predominó la transcendencia en un 100%, probablemente esto se debió a que el ser humano es un complemento de cuerpo, mente y espíritu<sup>47</sup>, donde no solo se busca satisfacer las necesidades físicas sino también el espíritu, es decir, es un conjunto de emociones expresadas y vivenciadas por el paciente. Cabe resaltar que si las necesidades físicas no son satisfechas, se ve afectado en el paciente el ánimo, el aliento, las ganas y el crecimiento espiritual del mismo. Sin embargo a pesar del paciente estar cursando con malestares físicos y dolorosos en determinado momento, es un paciente que logra sobreponerse a la situación, busca conectar y traer hacia él aquel motivo, aliento o meta que hace en este un estado donde los límites no existen y donde lo que hace cobra sentido cada día.

---

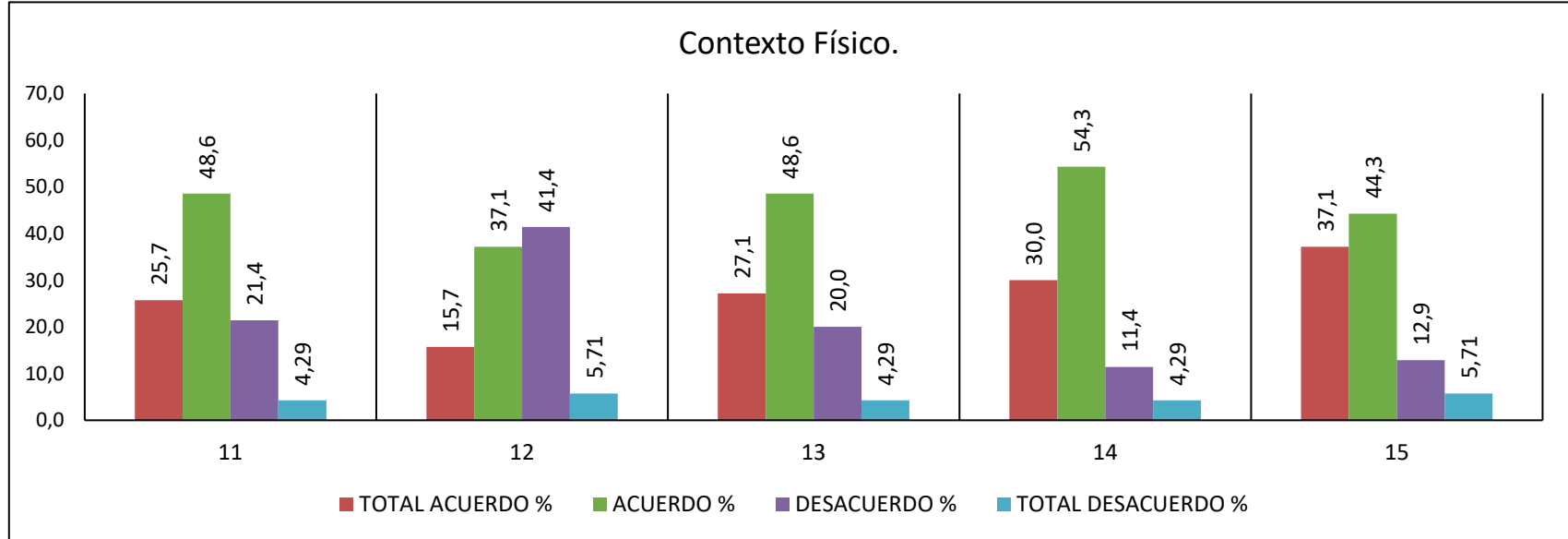
<sup>47</sup> GUIA DE PSICOLOGIA. Cuerpo, mente y espíritu [en línea]. Colombia (13 de diciembre de 2011). [Consultado: 20 de mayo de 2018]. Disponible en Internet: /psicologia.laguia2000.com/psicologia-transpersonal/cuerpo-mente-y-espiritu

**Tabla 6. Contexto Físico.**

	TOTAL ACUERDO		ACUERDO		DESACUERDO		TOTAL DESACUERDO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>11.</b> No quiero hacer ejercicio.	18	25,7	34	48,6	15	21,4	3	4,29
<b>12.</b> El dolor que siento es difícil de soportar.	11	15,7	26	37,1	29	41,4	4	5,71
<b>13.</b> Estoy duro del estómago.	19	27,1	34	48,6	14	20,0	3	4,29
<b>14.</b> No me siento bien de salud.	21	30,0	38	54,3	8	11,4	3	4,29
<b>15.</b> Estoy cansado.	26	37,1	31	44,3	9	12,9	4	5,71

**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Grafica 6.**



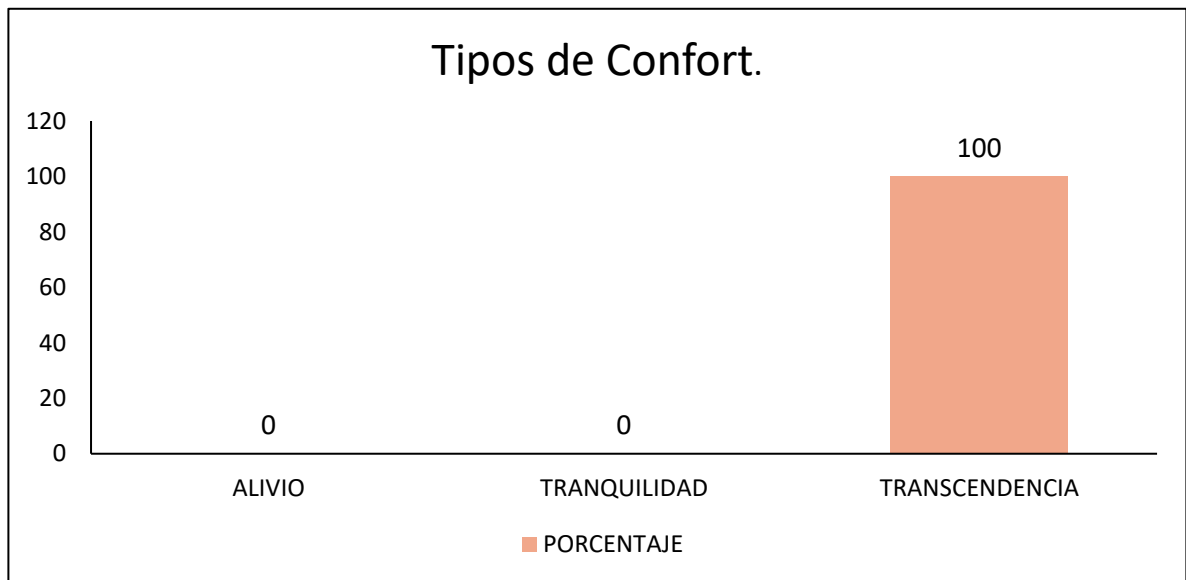
**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Tabla 7. Tipos de Confort en el contexto físico.**

TIPOS DE CONFORT	NÚMERO	PORCENTAJE
ALIVIO	0	0,0
TRANQUILIDAD	0	0,0
TRANSCENDENCIA	70	100,0
TOTAL	70	100,0

**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Grafica 7.**



**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el dominio físico se evidencio que al preguntarle a la población encuestada acerca de si “El dolor que siento es difícil de soportar” se encontró que el 52,89% se muestra de acuerdo con este enunciado; con relación al ítem “No me siento bien de salud” el 84,35% respondió estar de acuerdo con lo expresado y en cuanto a la pregunta “Estoy muy cansado” el 81,4% de la muestra manifestó estar de acuerdo.



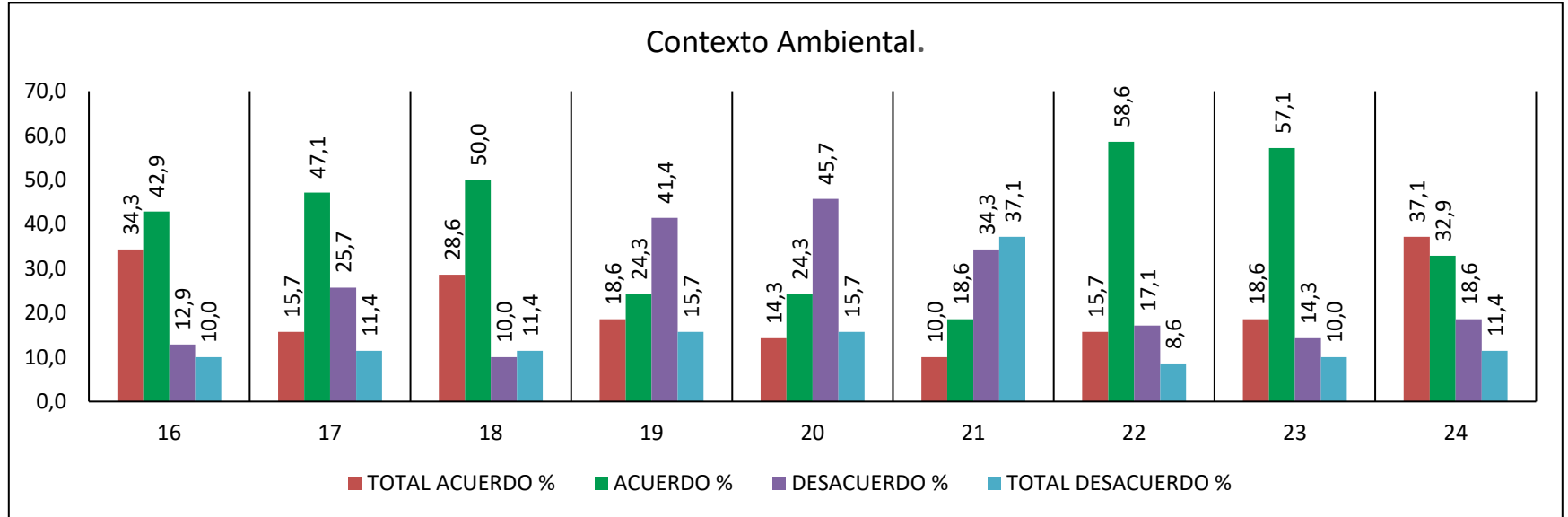
De acuerdo a lo expresado anteriormente, se puede decir que padecer una enfermedad crónica no trasmisible, explica el comportamiento de dicha población, debido a la propia naturaleza de la enfermedad y sus secuelas, estas enfermedades resultan ser degenerativas de tal forma que hace que la calidad de vida de las personas disminuya, el cansancio y el dolor son ejemplos de signos y síntomas que se presentan y que con frecuencia generan incomodidad o discomfort, los cuales impiden realizar algunas de las actividades de la vida, entre estas el ámbito laboral, ya que, es una limitación para desempeñarse de la forma como ellos quisieran o como estaban acostumbrados, sin embargo pese a todas las molestias o alteraciones que se ve afectada la persona tales como, ansiedad, tristeza, desesperanza entre otras, logran estar en un estado de madurez donde hay conexión entre la mente, el cuerpo y el entorno que reflejan las ganas, deseo y un sin límites de superación ante su estado de salud, por ello, para este contexto el tipo de confort que se evidencio en su total predominio fue la trascendencia.

**Tabla 8. Contexto Ambiental.**

	TOTAL ACUERDO		ACUERDO		DESACUERDO		TOTAL DESACUERDO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>16.</b> Existen personas a las que puedo acudir si necesito ayuda.	27	38,6	32	45,7	9	12,9	2	2,9
<b>17.</b> El ruido no me deja descansar.	12	17,1	37	52,9	18	25,7	3	4,3
<b>18.</b> No me gusta este lugar.	23	32,9	37	52,9	7	10,0	3	4,3
<b>19.</b> Esta habitación me hace sentir temor.	13	18,6	17	24,3	32	45,7	8	11,4
<b>20.</b> Esta silla (cama) me lastima.	10	14,3	18	25,7	36	51,4	6	8,6
<b>21.</b> La vista desde mi habitación es agradable.	7	10,0	13	18,6	25	35,7	25	35,7
<b>22.</b> Mis pertenencias no están acá.	11	15,7	46	65,7	12	17,1	1	1,4
<b>23.</b> Aquí no me siento en el sitio correcto.	14	20,0	43	61,4	11	15,7	2	2,9
<b>24.</b> Esta habitación tiene un olor desagradable	27	38,6	25	35,7	15	21,4	3	4,3

**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Grafica 8. Contexto Ambiental.**



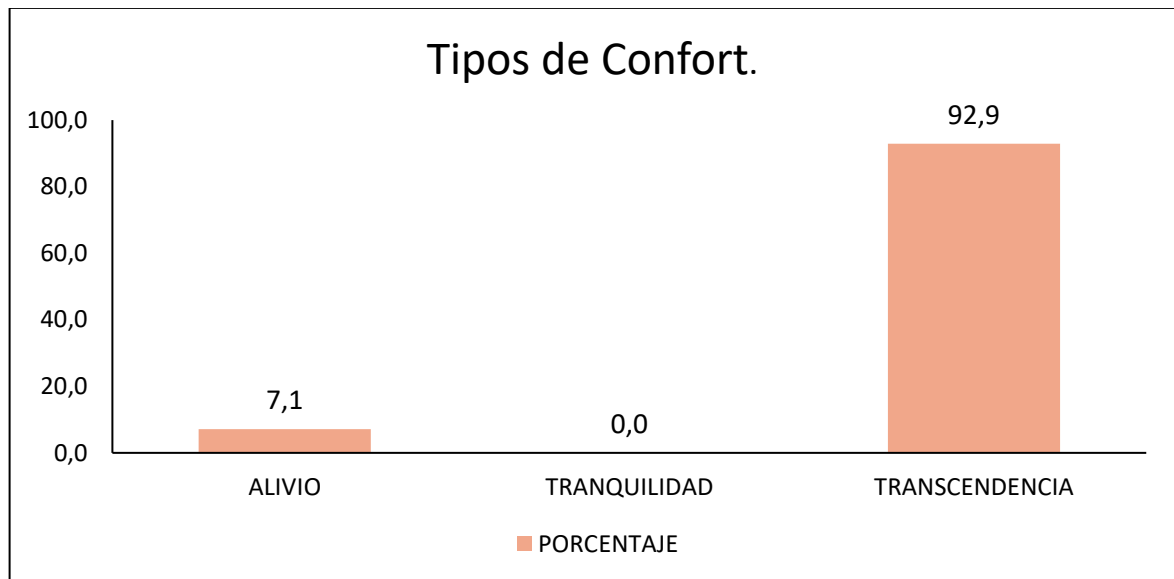
**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Tabla 9. Tipos de Confort en el contexto ambiental.**

TIPOS DE CONFORT	NUMERO	PORCENTAJE
ALIVIO	5	7,1
TRANQUILIDAD	0	0,0
TRANSCENDENCIA	65	92,9
TOTAL	70	100,0

**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Grafico 9.**



**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

Con relación a la pregunta ¿Existen personas a las que puedo acudir si necesito ayuda?, el 45,7% afirmo estar de acuerdo, seguido de un 38,6% que afirmo estar totalmente de acuerdo. Mientras que el 15,8% afirma estar entre desacuerdo y totalmente desacuerdo. Por otra parte ante la pregunta ¿El ruido no me deja descansar? y ¿Esta silla(cama) me lastima?, el 78,6% afirmo estar de acuerdo, mientras que el 77,1% afirmo estar en desacuerdo; seguido de esto tan solo el 31,4% afirmo estar totalmente de acuerdo, mientras que el 12,9% afirmo estar totalmente desacuerdo. Por ultimo ante la pregunta ¿Esta habitación me hace sentir temor? y

¿La vista desde mi habitación es agradable? el 128,5% respondió estar en desacuerdo y totalmente desacuerdo, mientras que el 71,5% respondió estar de acuerdo y totalmente de acuerdo.

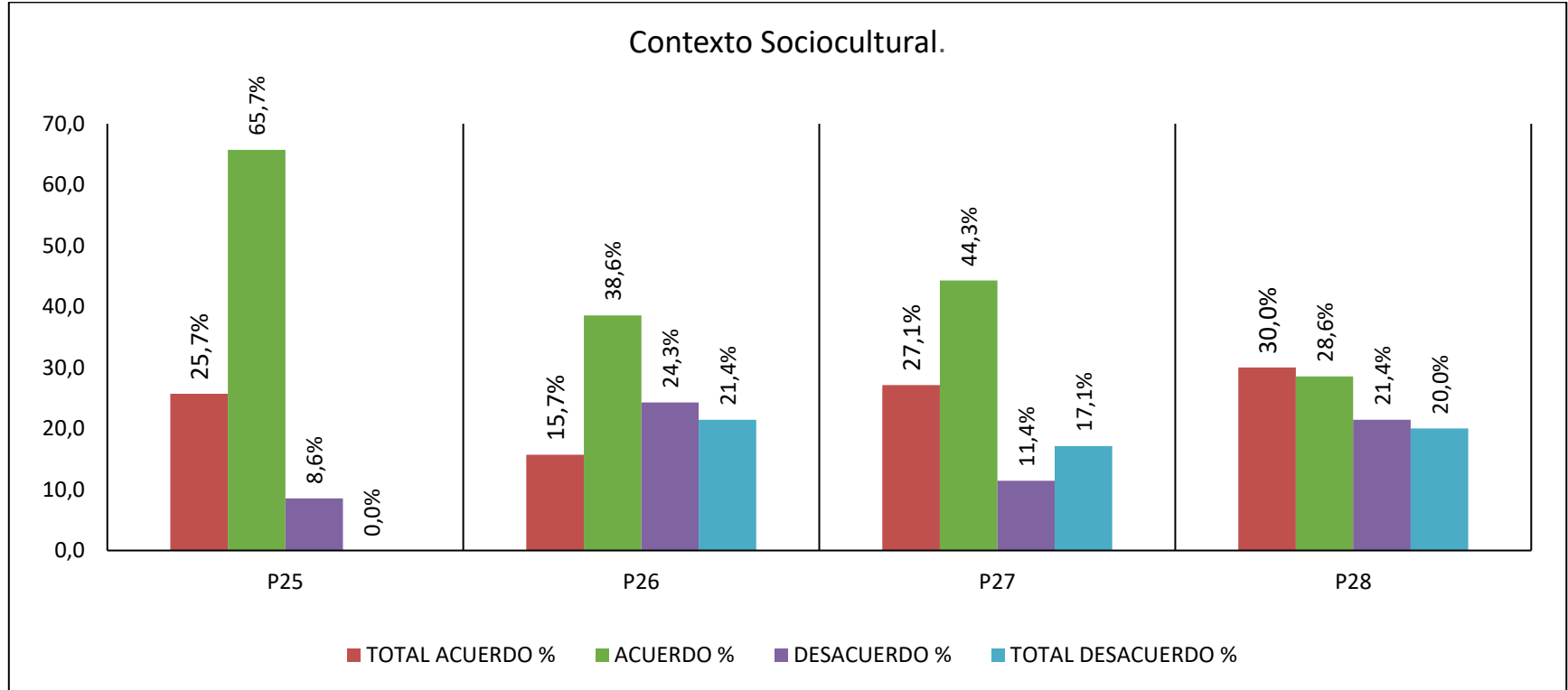
El tipo de confort que predominó en el contexto ambiental fue la trascendencia con un 92,9% y un 7,1% de alivio. Esto probablemente se debió a que el paciente a pesar de estar en una habitación con sus cuatro paredes, sabe que existe determinada conexión con el medio ambiente y las personas que lo rodean dado que las habitaciones no son individuales si no compartidas, por ende, es normal sentirse bien cuando lo visitan o preguntan por él, sin embargo, también es consciente de que existen factores ambientales que repercuten en su descanso como el ruido, la cama o la luz. Por lo anterior el paciente busca sacar el lado positivo de la situación y luchar por salir adelante, contribuyendo a mejorar su estado de salud ya que se siente seguro y confía en que todas las necesidades demandadas serán suplidas en determinado momento.

**Grafica 10. Contexto Sociocultural.**

	TOTAL ACUERDO		ACUERDO		DESACUERDO		TOTAL DESACUERDO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>25.</b> Me da aliento saber que me quieren.	29	41,4	33	47,1	8	11,4	0	0,0
<b>26.</b> Nadie me comprende.	12	17,1	31	44,3	23	32,9	4	5,7
<b>27.</b> Me siento triste cuando estoy solo.	28	40,0	34	48,6	7	10,0	1	1,4
<b>28.</b> Mis amigos demuestran que se acuerdan de mi al enviarme tarjetas, visitarme o llamarme por teléfono.	23	32,9	20	28,6	18	25,7	9	12,9

**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Grafica 10.**



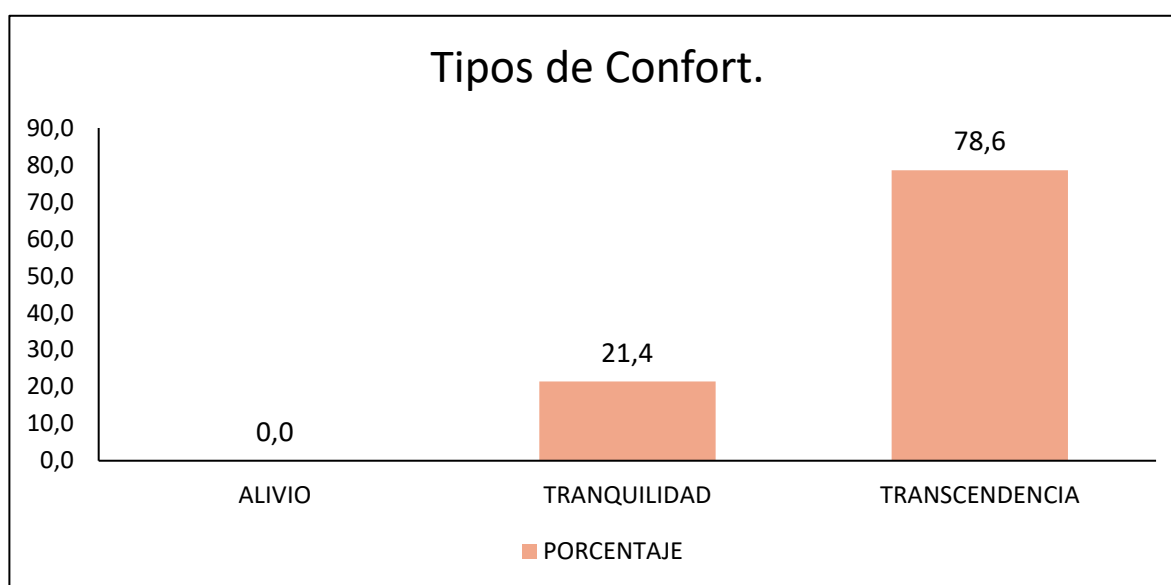
**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Tabla 11. Tipos de Confort en el contexto sociocultural.**

TIPOS DE CONFORT	NÚMERO	PORCENTAJE
ALIVIO	0	0,0
TRANQUILIDAD	15	21,4
TRANSCENDENCIA	55	78,6
TOTAL	70	100,0

**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Grafico 10.**



**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

Los resultados obtenidos en el contexto sociocultural en cuanto a la pregunta ¿Me da aliento saber que me quieren? Se evidencia que el 88,5% de la población expresaron estar entre totalmente de acuerdo y acuerdo, de igual manera el 61,5% manifestaron que los sus amigos demuestran acordarse de ellos por medio de tarjetas, visitas y llamadas telefónicas, sin embargo el 88,6% manifestó sentirse triste cuando se encuentra solo.

De acuerdo con lo anterior, el hecho de que la población se encuentre en su gran mayoría satisfecho o cómodo en cuanto a las relaciones interpersonales con la



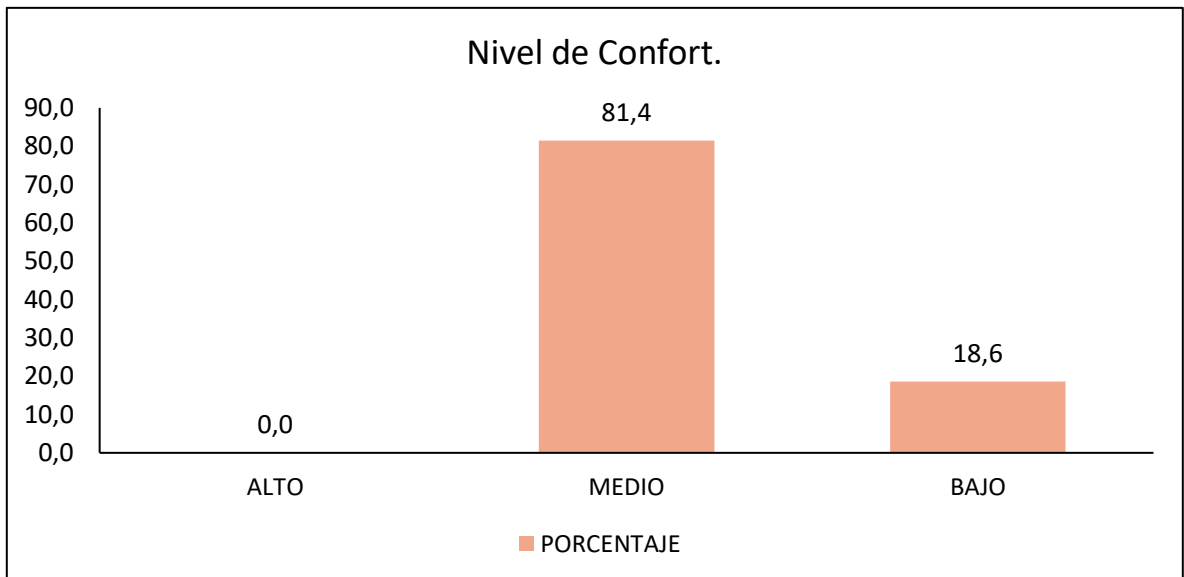
familia, amigos y allegados, quiere decir que es un ente positivo ante la situación actual en la que se encuentra la persona, ya que esto favorece en la recuperación física y emocional lo cual genera un estado de calma y de sentimientos satisfactorios, esto conlleva a la persona a querer salir adelante y trascender ante las problemáticas de su enfermedad, por ello en este contexto el tipo de confort que tuvo mayor predominio con un 78,6% fue la trascendencia no dejando de lado el alivio con un 21,4 % de la población, lo que nos demuestra que el acompañamiento, el apoyo, la ayuda y la atención que se le brinda por parte de las personas cercanas aumenta la necesidad de sentirse bien consigo mismo.

**Tabla 8. Nivel de Confort**

NIVEL	NÚMERO	PORCENTAJE
ALTO	0	0,0
MEDIO	57	81,4
BAJO	13	18,6
TOTAL	70	100,0

**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

**Grafica 8.**



**Fuente:** Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba.

De acuerdo con la gráfica se puede evidenciar que el 81.4% de la población poseen un nivel de confort medio mientras que el 18,6% corresponde a un nivel de confort bajo. Lo anterior hace referencia a que existen ciertas medidas que le proporcionan confort al paciente que aunque no logre una alta satisfacción, estas permiten en el paciente un estado de bienestar y/o comodidad.

## 5. CONCLUSIONES

De acuerdo a la caracterización sociodemográfica se evidenció que los pacientes con enfermedades crónicas no oncológica en su mayoría resultaron ser adultos mayores (60 a 79 años). Predomino el sexo masculino y según el nivel educativo, su mayoría se centra entre analfabetismo y primaria.

De acuerdo a la evaluación del instrumento sobre la comodidad del paciente, se ve reflejado que en el contexto psicoespiritual y físico predominó la trascendencia, es decir, en el contexto físico lo relacionado con el dolor, el sufrimiento, la incomodidad y en el psicoespiritual con la conexión que hay entre el cuerpo, la mente y el espíritu, lo que le permite al paciente sobreponerse por encima de su situación, aquello que permite que alcance trascender en el tiempo y espacio.

En el contexto ambiental predominó la trascendencia, seguido de alivio, es decir, lo relacionado con la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales del paciente y la capacidad de este para transmitir las.

En el contexto sociocultural predominó la trascendencia, seguido de la tranquilidad, es decir, lo relacionado con todo aquello que le genera calma, paz y comodidad al paciente y sobre todo donde el paciente refleja la aceptación de su condición, pero siempre de manera positiva.

A nivel general se puede evidenciar que el tipo de confort predominante en la población estudiada fue la trascendencia.

Por otro lado, es de gran importancia mencionar que en la clasificación del nivel de confort que se evidencio en los pacientes a nivel general fue el nivel de confort medio, es decir, a pesar de que no es un nivel alto, la gran mayoría de pacientes al recibir este nivel de confort manifiestan sentir un grado de satisfacción en el cubrimiento de las necesidades tanto físicas como emocionales, lo cual es de gran avance en su proceso salud-enfermedad porque le genera bienestar y/o comodidad.

Según los resultados mencionados anteriormente se puede concluir que el confort es un estado subjetivo, el cual va a depender de múltiples factores como el entorno, el estado emocional, las relaciones interpersonales, la espiritualidad, entre otros, que en su conjunto ejecutadas de manera oportuna, continua y veraz logran el más alto nivel de confort en el paciente. Por consiguiente las intervenciones de cuidado deben ser ejecutadas de manera integral y holística donde el paciente y la familia sean el eje central.

## **6. RECOMENDACIONES**

### **A LA INSTITUCIÓN OBJETO DE ESTUDIO:**

- Establecer estrategias encaminadas a brindar un cuidado integral, con el fin de incluir oportunamente el confort en las diferentes enfermedades crónicas.
- Implementar un programa de educación donde se incluya la participación del paciente con los familiares o responsable de su cuidado, con el fin de concientizar e incluir a dichos sujetos en el mejoramiento o mantenimiento de la salud y de las condiciones de vida minimizando al máximo las posibles complicaciones.

### **A LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA:**

- Incluir dentro del programa la presentación del Instrumento de Confort SGCQ-español de Katherine Kolcaba. con el fin de que pueda ser utilizado por los estudiantes con fines educativos.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades no transmisibles [en línea]. Junio de 2017. Disponible en internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 10 datos sobre los cuidados paliativos [en línea]. Agosto de 2017. Disponible en internet: <http://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>
- OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD. Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia [en línea]. Junio 30 de 2015. Disponible en internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informe-ons-5.pdf>
- DIARIO OFICIAL 49268. LEY 1733 DE 2014 [en línea]. Bogotá (8 de Septiembre de 2014), pág. 1. Disponible en internet: [file:///C:/Users/Userv10/Downloads/Ley\\_201733\\_20de\\_202014\\_20\\_\\_20Cuidado\\_20Paliativo.pdf](file:///C:/Users/Userv10/Downloads/Ley_201733_20de_202014_20__20Cuidado_20Paliativo.pdf)
- OBSERVATORIO COLOMBIANO DE CUIDADOS PALIATIVOS. Resumen Departamento de Córdoba [en línea]. [Consultado: 7 febrero de 2018]. Disponible en internet: <http://occp.com.co/region/cordoba/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cuidados Paliativos [en línea]. Disponible en internet: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- Gómez Ramírez, O. J., Carrillo González, G. M. y Arias, E. M. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo [en línea]. En: Revista Latinoamericana de Bioética. 16 de noviembre de 2016, vol 17, no. 1, p. 64. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a04.pdf>
- Gómez Ramírez, O. J., Carrillo González, G. M. y Arias, E. M. Teorías de enfermería para la investigación y práctica en cuidado paliativo. [en línea]. En: Revista Latinoamericana de Bioética. 16 de noviembre de 2016, vol. 17, no. 1, p. 65. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n1/v17n1a04.pdf>
- Guadalupe Nava Galán. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort [en línea]. MEDIGRAPHIC.com. (2010). Disponible en Internet: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades Crónicas [en línea] Disponible en Internet: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
- MINISTERIO DE SALUD. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo [en línea]. Bogotá (Junio 2016). Disponible en Internet: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_paliativo/Version\\_cortapaliativo2016\\_04\\_20.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_paliativo/Version_cortapaliativo2016_04_20.pdf)
- ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR. ¿Cómo se define el dolor crónico? Crónicas [en línea]. Disponible en internet: [http://www.change-pain.org/grt-change-pain-portal/change\\_pain\\_home/chronic\\_pain/insight/definition/es\\_ES/324800317.jsp](http://www.change-pain.org/grt-change-pain-portal/change_pain_home/chronic_pain/insight/definition/es_ES/324800317.jsp)
- F. Puebla Díaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico [en línea]. SCIELO.ISCIII.es. Barcelona (marzo 2005). Disponible en Internet: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006)
- F. Puebla Díaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico [en línea]. SCIELO.ISCIII.es. Barcelona (marzo 2005). Disponible en Internet: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006)
- F. Puebla Díaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico [en línea]. SCIELO.ISCIII.es. Barcelona (marzo 2005). Disponible en Internet: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006)
- MINISTERIO DE SALUD. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo [en línea]. Bogotá (Junio 2016), pág.46-48. Disponible en Internet: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_paliativo/Version\\_cortapaliativo2016\\_04\\_20.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_paliativo/Version_cortapaliativo2016_04_20.pdf)
- MINISTERIO DE SALUD. Guía de Práctica Clínica para la atención de pacientes en Cuidado Paliativo [en línea]. Bogotá (Junio 2016), pág. 50. Disponible en Internet: [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_paliativo/Version\\_cortapaliativo2016\\_04\\_20.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_paliativo/Version_cortapaliativo2016_04_20.pdf)
- GONZALEZ GOMES, Ana, et al. Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio [en línea] Disponible en

Internet: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/51713/2/260101-957991-1-PB.pdf>

- RUIZ GÓNGORA, María Isabel. Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular [en línea] Bogotá 2016. Disponible en Internet: <http://www.bdigital.unal.edu.co/57620/3/MarialsabelRuiz.2017.pdf>
- COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0412 (25, febrero, 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública [en línea]. Disponible en internet: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>
- COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA .Ley 1733 (8, septiembre, 2014). Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida [en línea]. Bogotá. Disponible en internet: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1733014.pdf>
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1216 (20, abril, 2015) Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad [en línea]. Bogotá, D.C. Disponible en internet: <http://www.eltiempo.com/contenido/estilo-de-vida/salud/ARCHIVO/ARCHIVO-15588980-0.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 67.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD [en línea]. GINEBRA. (19-24 De Mayo de 2014) pág. 38. Disponible en Internet: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67-REC1/A67\\_2014\\_REC1-sp.pdf?ua=1&ua=1#page=60](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf?ua=1&ua=1#page=60)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cuidados paliativos [en línea]. Disponible en Internet: <https://uao.libguides.com/c.php?g=529806&p=4412778>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades Crónicas [en línea]. Disponible en internet: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

- ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR. ¿Cómo se define el dolor crónico? Crónicas [en línea]. Disponible en internet: [http://www.change-pain.org/grt-change-pain-portal/change\\_pain\\_home/chronic\\_pain/insight/definition/es\\_ES/324800317.jsp](http://www.change-pain.org/grt-change-pain-portal/change_pain_home/chronic_pain/insight/definition/es_ES/324800317.jsp)
- KOLCABA, Katherine. El confort [en línea]. (30 de mayo 2013). [Consultado: 15 de mayo de 2018]. Disponible en Internet: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com.co/2013/05/el-confort.html>
- MENÉNDEZ, Jesús, et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores [en línea] Disponible en Internet: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000500007&script=sci\\_abstract&tIng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000500007&script=sci_abstract&tIng=pt)
- RUIZ GÓNGORA, María Isabel. Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular [en línea] Bogotá 2016. Disponible en Internet: <http://www.bdigital.unal.edu.co/57620/3/MarialsabelRuiz.2017.pdf>
- URIBE MENESES, Angélica, et al. Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía [en línea] Disponible en Internet: [file:///C:/Users/Userv10/Downloads/Dialnet-ConfortDeLosPacientesHospitalizadosEnElServicioDeN-4114496%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Userv10/Downloads/Dialnet-ConfortDeLosPacientesHospitalizadosEnElServicioDeN-4114496%20(3).pdf)
- RUIZ, Elisa y ARRUBLA Deisy. Envejecimiento y vejez en Colombia [en línea]. Colombia (agosto de 2013). Disponible en Internet: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/3%20-%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- RODRÍGUEZ GÁZQUEZ, María, et al. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia) [en línea]. Colombia (abril 2013). Disponible en Internet: <file:///C:/Users/Userv10/Desktop/147921-634811-1-PB.pdf>
- GUIA DE PSICOLOGIA. Cuerpo, mente y espíritu [en línea]. Colombia (13 de diciembre de 2011). Disponible en Internet: [/psicologia.laguia2000.com/psicologia-transpersonal/cuerpo-mente-y-espiritu](http://psicologia.laguia2000.com/psicologia-transpersonal/cuerpo-mente-y-espiritu)



## **ANEXOS.**

### **ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO PARA EL TRABAJO DE GRADO TITULADO “CONFORT EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES CRONICAS, EN UNA ESE DE MONTERIA, 2017”.**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con la CC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, declaro, que he recibido la información sobre la entrevista del trabajo de grado en mención, el día \_\_\_\_\_ llevada a cabo por Dina Luz Ramos Güillín y Erika Martínez González, estudiantes de enfermería de la Universidad de Córdoba de Montería, el cual requiere del diligenciamiento de una encuesta que contiene aspectos relacionados con la caracterización sociodemográfica y un instrumento llamado SGCQ-español, propuesto por la Doctora Katherine Kolcaba, el cual consta de 28 preguntas generales sobre el confort distribuidas en 4 contextos: Psicoespiritual, Físico, Ambiental y Sociocultural.

Información que ha sido clara y comprendo perfectamente, se me informó que los resultados en este estudio servirán de base para fortalecer y desarrollar proyectos, programas, estrategias que contribuyan al mejoramiento de la salud de los pacientes hospitalizado

Firma del encuestado: \_\_\_\_\_

Dado en montería a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## ANEXO B. SOLICITUD DE LA INFORMACIÓN



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



Montería 6 de febrero de 2018

Doctor  
**WILLIAM MONTES SUAREZ**  
Subdirector Científico  
ESE Hospital San Jerónimo  
Montería

Cordial saludo.

El Comité de Investigación y Extensión de la Facultad Ciencias de la Salud, dio su aprobación al proyecto titulado: "Cuidados paliativos brindados por cuidadores informales en personas con enfermedades no oncológicas en una ESE de Montería, 2018". Este proyecto viene siendo desarrollado por las estudiantes del Programa de Enfermería: Erika Martínez González y Dina Luz Ramos Guillín; quienes en estos momentos se encuentran en el proceso de recolección de la información.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, solicitamos su valiosa colaboración, para que las estudiantes antes mencionadas, puedan acceder a la información requerida para su estudio. Esta información será utilizada netamente con fines académicos.

Es importante aclarar que la recolección de los datos se realizará guardando los principios de confidencialidad, éticos y legales de la investigación.

Una vez finalice el estudio, le estaremos enviando un resumen ejecutivo de los resultados, el cual servirá de apoyo a su institución para los procesos investigativos.

Le agradecemos su colaboración al respecto.

Atentamente,

*Marilyn Villadiego Ch.*  
**PhD. MARILYN VILLADIEGO CHAMORRO**  
Coordinadora de Trabajo de grado  
Facultad Ciencias de la Salud

*V. B. Williams*



**Por una universidad con calidad, moderna e incluyente**  
Carrera 6ª. No. 76-103 Montería NIT. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920  
[www.unicordoba.edu.co](http://www.unicordoba.edu.co)

**ANEXO C. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS E INSTRUMENTO DE CONFORT  
SGCQ-ESPAÑOL DE KATHERINE KOLCABA.**

**CONFORT EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDADES  
CRONICAS, EN UNA ESE DE MONTERIA, 2017**

DATOS DEL PACIENTE.

Identificación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Área: U: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: Ninguna \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_ Bachillerato \_\_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_\_ Universitaria \_\_\_\_\_ Postgrado \_\_\_\_\_

Estrato económico: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

EPS: \_\_\_\_\_ Dx: \_\_\_\_\_

**KATHERINE KOLCABA CONFORT VERSION ESPAÑOL SGCQ**

CONTEXTO		4 TOTAL DE ACUERDO	3 ACUERDO	2 DESACUERDO.	1 TOTAL DESACUERDO
<b>PSICO-ESPIRITUAL</b>	1. Mi situación me baja el ánimo.				
	2. Me siento seguro.				
	3. Siento que mi vida vale la pena.				
	4. Me aterra lo que va a suceder.				
	5. Estoy satisfecho.				
	6. Necesito mejor información sobre mi salud.				
	7. Siento que no tengo muchas opciones.				
	8. Me siento en paz.				
	9. Estoy desanimado				
	10. Le encontré significado a la vida				
<b>FISICO</b>	11. No quiero hacer ejercicio.				
	12. El dolor que siento es difícil de soportar.				
	13. Estoy duro del estómago.				
	14. No me siento bien de salud.				
	15. Estoy muy cansado.				
<b>AMBIENTAL</b>	16. Existen personas a las que puedo acudir si necesito ayuda.				
	17. El ruido no me deja descansar.				
	18. No me gusta este lugar.				
	19. Esta habitación me hace sentir temor.				
	20. Esta silla (cama) me lastima.				
	21. La vista desde mi habitación es agradable				
	22. Mis pertenencias no están acá.				
23. Aquí no me siento en el sitio correcto.					

	24. Esta habitación tiene un olor desagradable.				
<b>SOCIO-CULTURAL</b>	25. Me da aliento saber que me quieren.				
	26. Nadie me comprende.				
	27. Me siento triste cuando estoy solo.				
	28. Mis amigos demuestran que se acuerdan de mi al enviarme tarjetas, visitarme o llamarme por teléfono.				

Declaro que participo voluntariamente en el presente estudio

**Gracias por su ayuda**