

CONFORT EN CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD
CRONICA, CARTAGENA, 2019.

ASESORA

ARLETH HERRERA LIAN

Trabajo para optar al título de enfermera (o)

Nombre estudiantes:

VALENTINA AMARIS RUEDA
NATALIA BOGOTA CIFUENTES
JUAN DAVID CARRASQUILLA ALVIS
DUBAN MARRUGO PEÑA
BEANEYS OROZCO SUAREZ

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
2019

CONTENIDO

LISTA DE ANEXOS.....	3
LISTA DE TABLAS.....	4
RESUMEN.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
3. OBJETIVOS.....	11
3.1 OBJETIVO GENERAL:.....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	11
4. MARCO TEORICO.....	12
4.1 CONFORT.....	12
4.2 CUIDADORES FAMILIARES.....	13
4.3 ENFERMEDAD CRONICA.....	14
5. METODOLOGIA.....	17
5.1 Tipo de estudio:.....	17
5.2 Población:.....	17
5.3 Muestra:.....	17
5.4 Muestreo:.....	17
5.5 Criterios de inclusión:.....	18
5.6 Criterios de exclusión:.....	18
5.7 Instrumentos de recolección de la información.....	19
5. 8 técnicas y procedimientos.....	19
5.9 Análisis estadístico.....	20
5.10 Aspectos éticos.....	20
6. RESULTADOS.....	21
7. DISCUSIÓN.....	23
8. CONCLUSIONES.....	26
9. RECOMENDACIONES.....	27
10. AGRADECIMIENTOS.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS.....	34

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Formato de caracterización de los cuidadores.....	35
ANEXO 2: Cuestionario confort holístico (familia).....	37
ANEXO 3: Consentimiento informado	39

LISTA DE TABLAS.

TABLA 1. ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS TRATADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	18
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, CARTAGENA 2019.	40
TABLA 3 RESPUESTAS AL CONFORT HOLÍSTICO (FAMILIA) FRECUENCIA DE ÍTEMS QUE INFLUYERON EN EL CONFORT DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, CARTAGENA 2019.	42
TABLA 4. PROMEDIO E ÍTEMS DE LAS DIMENSIONES DE CONFORT DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, CARTAGENA 2019....	43

RESUMEN

Contexto: La comodidad en salud hace referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción, o a cualquier sentimiento que haga la vida fácil o agradable. Se habla de confort del paciente en diferentes situaciones de salud, pero pocas veces se ha hecho referencia al confort del familiar, esa persona que dedica la mayor parte de su tiempo atendiendo a su ser querido enfermo hospitalizado, que implica la provisión de múltiples tareas de cuidado centradas en la ayuda para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Objetivo: Determinar el confort en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica de una institución hospitalaria de tercer nivel de la ciudad de Cartagena, 2019.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 407 cuidadores familiares hombres y mujeres de pacientes hospitalizados con enfermedad crónica no transmisible (ECNT) que más se presentan en los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario del Caribe. La información se recolectó de la base de datos del hospital promediando los últimos 4 años, y haciendo un muestreo probabilístico estratificado y de manera proporcional se tomó la muestra. Se utilizarán dos cuestionarios, el instrumento de “Caracterización de los cuidadores” y el Cuestionario de Confort para la familia. Una vez diligenciado los datos se incorporan en una matriz creada en Microsoft Excel con el cual se genera estadística descriptiva, se calcularán frecuencia absoluta y porcentajes.

Resultados: Un total de 407 cuidadores de pacientes con ECNT, participaron en este estudio, en el cual 79.6% (324) son del sexo femenino. Respecto a la edad de los cuidadores 48.4% (197) se encontraron en el rango de edad de 36 a 59 años. Con base en los tipos de confort estipulados por Kolcaba (alivio, tranquilidad y trascendencia) los cuales se evaluaron a través de las dimensiones física, social, psicoespiritual y ambiental; se encontró que el tipo de confort que predomina a nivel general es la trascendencia con un porcentaje de 34.9%

Conclusión: El puntaje promedio del Confort de los cuidadores de paciente con enfermedad crónica en general es de 121,8 (DE=7,8). El puntaje mínimo fue 98 y el máximo 139. Con base a los tipos de confort estipulados por Kolcaba los cuales se evaluaron a través de las diferentes dimensiones; se concluye que el tipo de confort que predomina en la dimensión física, psicoespiritual y social es la trascendencia y con respecto a la dimensión ambiental es la tranquilidad.

Palabras claves: Comodidad, Cuidador Familiar, Enfermedad Crónica. Fuente: DeCS.

1. INTRODUCCIÓN

El término comodidad ha sido utilizado en el lenguaje cotidiano durante mucho tiempo con diferentes significados que varían de acuerdo con el área del conocimiento en que sea utilizado y según lo que cada persona crea que es para ella la comodidad en diferentes situaciones. Katharine Kolcaba, para poder llegar a un concepto de Comodidad, realizó una revisión del término tanto en el lenguaje ordinario como en la Ciencia de la Enfermería. Encontró diferentes significados en los diccionarios: comodidad como causa de alivio al malestar, comodidad como un estado de tranquilidad y satisfacción, comodidad como cualquier cosa que haga la vida fácil o agradable.

Katherine Kolcaba para llegar al concepto de Comodidad, encontró que la definición original era “reconfortar enormemente”, debido a que la comodidad es el estado que experimentan los receptores de cuidado cuando reciben las intervenciones de enfermería y se abordan las necesidades para proporcionar tres tipos de confort en cuatro contextos diferentes; el sentido de alivio se refiere a la satisfacción de necesidades específicas, el sentido de tranquilidad que hace referencia al estado de calma o satisfacción, y el sentido de trascendencia que se refiere a un estado en que se está por encima de los problemas o el dolor propio.

Confort es un término francés aceptado por el diccionario de la Real Academia Española (RAE) que procede del inglés *comfort*. Se trata de aquello que genera bienestar o comodidad material. La palabra confort deriva de confortar, y ésta de la palabra latina *confortare*, que significa restituir las fuerzas, fortalecer, fortificar, consolar, revigorar, animar. El confort puede estar dado por algún objeto físico (un sillón, un colchón, un coche) o por alguna circunstancia ambiental o abstracta (la temperatura apropiada, el silencio, la sensación de seguridad).

El presente trabajo tiene como objetivo determinar el confort en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica no transmisible en una institución hospitalaria de tercer nivel de la ciudad de Cartagena 2019.

En el marco teórico se describen y definen los conceptos básicos utilizados en el trabajo, abarcando de manera amplia lo que se está investigando.

Con respecto a la metodología empleada, se describe, el tipo de estudio, la selección de la población, muestra, muestreo, criterios de inclusión y exclusión, descripción del instrumento utilizado, técnica de recolección de la información, análisis estadísticos y aspectos éticos.

En los resultados se describen los datos más relevantes y en la discusión se evidencian estudios de diferentes autores comparando o diferenciando con los resultados del presente estudio. Por último están las conclusiones del estudio, y las recomendaciones tanto para la disciplina de enfermería, como para la comunidad.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El confort en salud hace referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción, o a cualquier sentimiento que haga la vida fácil o agradable (1) Kolcaba K, al definir confort contempla tres sentidos (alivio, tranquilidad y trascendencia), los cuales están desarrollados en cuatro dimensiones (físico, psicoespiritual, ambiental y social), por lo anterior la definición de confort de salud es muy subjetiva y depende de cómo cada sujeto perciba lo que es confort (2).

Los tres sentidos del confort se definen como: Alivio: El estado de una persona que ha visto cumplida una necesidad específica. Tranquilidad: El estado de calma o satisfacción. Trascendencia: El estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o de su dolor (3).

El confort ha sido relacionado con la infraestructura del ambiente hospitalario, como salas de espera, con asientos confortables y televisiones, acceso a alimentos, bebidas y otros utensilios y a elementos que ofrezcan comodidad, sin embargo, la promoción del confort extrapola la esfera ambiental, ya que proviene de la interacción de los familiares con las prácticas de salud, la racionalidad científica que las fundamenta y los objetos institucionales, los cuales podrán ser fuente de confort o incomodidad (4).

Generalmente se habla de confort del paciente en diferentes situaciones de salud, pero pocas veces se ha hecho referencia al confort del familiar, esa persona que dedica la mayor parte de su tiempo atendiendo a su ser querido enfermo hospitalizado, que implica la provisión de múltiples tareas de cuidado centradas en la ayuda para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Durante el trabajo asistencial, se han detectado insuficiencias en la atención al cuidador principal de pacientes oncológicos en etapas avanzadas por parte del equipo básico de salud. Por lo es necesario caracterizar al cuidador informal, así como aspectos esenciales que contribuyan a la calidad del cuidado domiciliario (5). Cuidar a una persona dependiente no es una tarea fácil, ésta trasciende la simple ejecución de procedimientos de cuidado, que consiste en tener una disponibilidad de tiempo, energía y tolerancia para la realización de actividades de cuidado físico y emocional, las cuales llegan a ser desgastantes, estresantes e incómodas, deteriorándose paulatinamente la salud del cuidador, que lo obliga a asumir diversos cambios en aspectos familiares, emocionales, laborales, financiero y del entorno, generando disconfort (6).

Por otro lado, el cuidador familiar es la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con una enfermedad crónica no transmisible (ECNT). Este cuidador actúa a su vez como supervisor y preventivo. Supervisor porque a la vez que se compromete y presta un cuidado activo, evalúa la calidad de las acciones realizadas, brindando acompañamiento para mejorar la calidad de vida de la persona cuidada y preventivo, porque proporciona cuidados, al generar un ambiente propicio y a su vez, acompañar en la asistencia a los servicios de salud (7).

En América Latina se ha observado que las personas que tienen un familiar con ECNT, tienen la obligación de desempeñarse como cuidadores, pero no cuentan con la orientación

requerida. Se ha documentado de manera importante una deficiencia en las habilidades requeridas por los cuidadores para atender a sus familiares, sin embargo, se han logrado identificar fortalezas que logran ser fundamentales en esta labor, como lo son el soporte social para los cuidadores familiares de pacientes con ECNT (8).

Las ECNT son enfermedades de larga duración y en la mayoría de los casos de progresión lenta, generando dependencia total o parcial hacia un cuidador que les ayude a satisfacer las necesidades cotidianas (9).

Dentro de las ECNT más frecuentes se destacan las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, estas constituyen el 63% de las muertes, dando como resultado la necesidad de un cuidado constante (10).

En Colombia en el 2017 las ECNT fueron la principal causa de muerte en Colombia .El reporte señala que, de las 96.236 muertes registradas en 2016, 16.076 obedecen a cuadros de ataques al corazón y otras enfermedades cardíacas, esto significa un 16,7% del total de fallecimientos en Colombia; le sigue las enfermedades cerebrovasculares, como otra las principales causas de muerte en el país con 7.728 casos. En un tercer puesto se encuentran las enfermedades crónicas respiratorias que cobraron la vida de 6.359 personas, y las enfermedades hipertensivas en un cuarto lugar, con 4.074 casos. Según el DANE, la primera causa de muerte en Colombia sigue siendo la natural por encima de la muerte violenta, al registrar 188.357 casos. Mientras que por causas violentas murieron en el 2017 solo 24.404 personas. Estas cifras generan una mayor demanda de cuidado, y al no tener la suficiente capacidad de pago para un servicio como el de enfermería, el familiar se ve en la obligación de brindar dicha atención (11).

La familia es el pilar básico en la administración de cuidados del paciente crónico; sin su participación activa difícilmente se logran cuidados adecuados. La familia tiene un papel amortiguador de todas las tensiones que se van generando a lo largo del proceso de la enfermedad (12).

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global (13)

Álvarez M. (12), En su libro Familia y Sociedad detalla que las condiciones en las que se desarrollan los cuidadores los cuidados con frecuencia no son las más adecuadas, lo que trae consigo numerosas consecuencias como la sobrecarga en ellos.

Los cuidadores se caracterizan por ser en mayor porcentaje mujeres, casadas o viven en unión libre, ser ama de casa, el ser madre/ padre-hijo/a, ser el único cuidador, con estrato socioeconómico 1, 2 y 3 (8) (14). El hecho de cuidar una persona con una condición crónica supone cambios en la vida que van desde el nivel personal, familiar, laboral y social; hasta repercusiones en su salud física y psicológica (9).

La vivencia de incomodidades o discomfort del cuidador familiar está relacionado con la posición que el enfermo ocupa en el contexto familiar, la evolución de su condición de salud y la percepción del mismo (4).

En la literatura se evidencian en su gran mayoría estudios acerca de la descripción y el perfil de los cuidadores familiares, como el de Ambriz M (15) un estudio realizado en México, donde se evidencia que la edad promedio de los cuidadores es de 39 años y que la consanguinidad que guardan la mayoría es de primer grado, el nivel de educación es bachillerato completo y por ultimo describen las actividades que desempeñaba el cuidador.

Dentro de las investigaciones relacionadas con el confort de cuidadores familiares de pacientes con ECNT, se encontró un estudio realizado en España que al implementar medidas de apoyo a los cuidadores se pudo aumentar el bienestar, la información, educación, protección y autoestima de dichas personas durante la hospitalización pero que en algunos casos las personas cuidadoras han emitido quejas en relación con la falta de información, déficit en la identificación de enfermera y auxiliar de referencia, falta de apoyo a las medidas de confort/descanso y en el trato que han recibido. Con frecuencia, la invisibilidad del cuidado implica la invisibilidad del cuidador, por ello esta investigación busca mediante las medidas implementadas, que la persona cuidadora pase a un plano visible y se le dé la importancia que amerita en el Hospital (16).

Mientras que en un estudio realizado en Colombia se pudo evidenciar una carga alta de cuidado en los cuidadores de pacientes, debido a que el 72.73% desarrollan la actividad de cuidado sin ayuda o soporte de otro familiar (17). Además, estos presentan inconvenientes en la estancia en el hospital cuando se encuentran cuidando a su familiar, entre esos inconvenientes se puede evidenciar los problemas con el trato entre el personal de salud y los familiares, manifiestan no recibir muchas veces ni buenos días, ni saber el nombre de la enfermera que los atiende. Otro problema presentado gira alrededor de la alimentación, se presentan 2 opciones o consumen productos de la cafetería o parte de la comida del enfermo. En cuanto a la higiene personal se dice que utilizan el baño del paciente, porque los centros hospitalarios no cuentan con baños destinados para los familiares, esto conlleva a problemas de privacidad entre otros usuarios y familiares. Las demandas más generalizadas de los cuidadores se centran en el mobiliario, el espacio sanitario y el impacto de las numerosas visitas (18).

En el sistema de salud colombiano el cuidador es aquella persona con vínculo de parentesco o cercanía que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido el cual, al hacerse cargo de su familiar, no solo debe participar en la toma de decisiones de la persona enferma, si no que a su vez debe realizar o supervisar las actividades de la vida diaria de este, atribuyéndose nuevas delegaciones para las cuales no está capacitado (19). Generando en el cuidador un exceso de trabajo puesto que, el familiar no solo debe hacerse cargo de

sus propias actividades, sino que también las del sujeto de cuidado lo cual conlleva a cambios importantes en su vida, generando algunas veces ansiedad y agotamiento, además, de sentir temor y miedo de no hacer las cosas como son (20).

El estudio pretende aportar a la labor de enfermería información de cómo es el confort en los cuidadores para que así surjan estrategias que permitan construir un enfoque acerca de las nuevas tendencias de cuidado de los cuidadores, teniendo en cuenta un panorama en donde se consideren los aspectos emocionales como el sufrimiento psíquico y el ofrecimiento de un espacio de interacción íntimo y educación ante las necesidades familiares, en ese sentido es de gran aporte la socialización de los resultados al equipo de enfermería de las instituciones donde se desarrolla la investigación para contribuir con ello al diseño de programas encaminados a mermar las alteraciones que podrían presentar los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas.

En la ciudad de Cartagena se encontraron estudios que se enfocan en describir y comparar las características sociodemográficas y las competencias de los cuidadores, entre estos se encuentra el de Cueto S (21), donde se concluyó que cuidadores de personas con Alzheimer mostraron niveles altos de competencias para el cuidado en el hogar, en las dimensiones conocimiento e interacción y relación social, al igual que el procedimental e instrumental. También se encontró a Montalvo A (22), habla acerca de las características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad del total del grupo estudiado, el 87% correspondió al género femenino; el rango de edad del grupo general de cuidadores guardó proporciones similares en las edades mayor y menor de 35 años. En cuanto a la escolaridad de los cuidadores, el 72% tenía bachillerato completo o incompleto y un 83% de ellos pertenece al nivel socioeconómico bajo. Con respecto a la experiencia de cuidado, el 88% cuida desde el momento del diagnóstico, el 69% de ellos son únicos cuidadores y llevan más de 18 meses en esta tarea. Gracias a la revisión bibliográfica se pudo constatar que efectivamente hay pocos estudios acerca de confort de cuidadores familiares, de ahí que este trabajo aportaría nuevos conocimientos y datos, que contribuirán al fortalecimiento de la línea de investigación del cuidado a los cuidadores.

En la medida que la enfermera identifique las debilidades presentes en el confort de los cuidadores familiares de pacientes con ECNT institucionalizados, se podría abordar estos factores y contribuir favorablemente en la calidad de vida del cuidador, teniendo cuenta que en la literatura se evidencian alteraciones en las dimensiones físicas, sociales, espirituales y psicológicas (9).

Teniendo en cuenta lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es el confort en los cuidadores familiares de paciente con enfermedad crónica en una institución hospitalaria de Cartagena?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el confort en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica no transmisibles de una institución hospitalaria de tercer nivel de la ciudad de Cartagena, 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el perfil sociodemográfico de los cuidadores familiares de pacientes con ECNT participantes en el estudio.
- Describir como es el confort físico, social, psicoespiritual y ambiental de los cuidadores familiares de pacientes con ECNT.

4. MARCO TEORICO

4.1 CONFORT

El término comodidad ha sido utilizado en el lenguaje cotidiano durante mucho tiempo con diferentes significados que varían de acuerdo con el área del conocimiento en que sea utilizado y de acuerdo con lo que cada persona crea que es para ella la comodidad en diferentes situaciones. Katharine Kolcaba, para poder llegar a un concepto de Comodidad, realizó una revisión del término tanto en el lenguaje ordinario como en la Ciencia de la Enfermería. Encontró diferentes significados en los diccionarios: comodidad como causa de alivio al malestar, comodidad como un estado de tranquilidad y satisfacción, comodidad como cualquier cosa que haga la vida fácil o agradable; según el Latín Confortare: fortalecerse en grande y según el Diccionario Inglés de Oxford: fortalecimiento, aliento, ayuda, apoyo, sustento o refresco físico, entre otros (23)

La palabra confort no posee todavía una definición consensual en la literatura, aunque se la considera como un estado de bienestar que constituye una experiencia subjetiva y que ocurre en cualquier momento durante el proceso salud/enfermedad (24).

Kolcaba K. (2) para llegar al concepto de Comodidad, aprendió que la definición original era “reconfortar enormemente”, debido a que la comodidad es el estado que experimentan los receptores de cuidado cuando reciben las intervenciones de enfermería y se abordan las necesidades para proporcionar tres tipos de confort en cuatro contextos diferentes; el sentido de alivio se refiere a la satisfacción de necesidades específicas, el sentido de tranquilidad que hace referencia al estado de calma o satisfacción, y el sentido de trascendencia que se refiere a un estado en que se está por encima de los problemas o el dolor propio . Con frecuencia, la invisibilidad del cuidado implica la invisibilidad del cuidador y en especial el cuidador familiar quien siempre ha sido el mayor apoyo que recibe el profesional de enfermería para brindar cuidado aunque que siempre se le da mayor importancia al confort del paciente que el del cuidador, siendo el segundo sujeto de disconfort.

Según la teoría del confort creada en 1991 existen cuatro contextos de las necesidades humanas, el primer contexto donde se desarrolla la comodidad es el contexto físico, el cual se define como todas las dimensiones fisiológicas y homeostáticas del individuo, es decir comprende las sensaciones del cuerpo(como el dolor). El contexto social, es definida como interpersonal, la familia y las relaciones sociales (finanzas, enseñanza, el personal de atención a la salud, tradiciones familiares, rituales y prácticas religiosas). El contexto psicoespiritual es definida como la conciencia interna, incluyendo la autoestima, la identidad, la sexualidad, el significado de la vida, la relación con un ser más alto y la fe; y El contexto ambiental es definida como el fondo externo de la experiencia humana (la temperatura, la luz, el sonido, el olor, el color, los muebles, el paisaje, etc.). Cuando se

interrelacionan los sentidos con los contextos surge una estructura taxonómica, en la cual la comodidad de los pacientes es experimentada en un contexto y un sentido específico (25) (24).

Confort es un término francés aceptado por el diccionario de la Real Academia Española (RAE) que procede del inglés *comfort*. Se trata de aquello que genera bienestar o comodidad material (26). La palabra confort deriva de confortar, y ésta de la palabra latina *confortare*, que significa restituir las fuerzas, fortalecer, fortificar, consolar, revigorar, animar. El confort puede estar dado por algún objeto físico (un sillón, un colchón, un coche) o por alguna circunstancia ambiental o abstracta (la temperatura apropiada, el silencio, la sensación de seguridad) (27).

El ser humano tiende a buscar el confort en todo momento. En una oficina de trabajo, por ejemplo, el confort suele obtenerse a partir de la utilización de un asiento cómodo que evite dolores de espalda. Un equipo de aire acondicionado en verano y un sistema de calefacción en invierno también contribuye al confort en el trabajo, al igual que las facilidades de transporte para llegar al lugar de empleo o la disponibilidad de un comedor en el edificio. (28)

Sin embargo, en muchas de sus proposiciones y tras la revisión de la literatura de enfermería, podemos encontrar la utilización del concepto: confort, comodidad y bienestar, como sinónimos a la hora de definir, la acción de cuidado como pensamiento, como hecho cuidativo y como resultado de la acción de cuidar (4).

Posiblemente la utilización de los términos confort, comodidad y bienestar como sinónimos, se debe a las diferentes traducciones efectuadas del inglés por distintos autores.

El cuidado orientado a la comodidad adquiere su significado cuando sirve de ayuda para que el otro exprese su vulnerabilidad. Dotan a la persona con instrumentos que le sirven para el análisis de la situación, alcanzando sosiego y serenidad. El cuidado de comodidad es un dialogo de presencias, que se produce cuando dos personas se encuentran y están permeables para obtener beneficios recíprocos (25)

La enfermería engloba un proceso continuo de evaluación de las necesidades de los individuos a los que prestan cuidado, la literatura trae el confort como uno de los centros de esa evaluación intencional de parte de la enfermería, hecho que lleva al intento constante de satisfacer las necesidades básicas del individuo foco del cuidado y promover el bienestar. El hecho de que el confort sea una experiencia individual, en la que cada sujeto vive e interpreta las situaciones de maneras diferentes, expone la dificultad de promover el confort máximo de los individuos, haciendo que esta meta sea difícil de alcanzar (24)

4.2 CUIDADORES FAMILIARES

Se denomina cuidadores familiares a una persona o conjunto de personas que tienen un vínculo afectivo, o parentesco y que asume todas las responsabilidades del cuidado de la persona con ECNT, este cuidador familiar va estar presente en la mayor parte del cuidado

del paciente, en cuanto a la toma de decisiones, realización de actividades de cuidado, supervisión la mayor parte del tiempo y acompañamiento (4).

Larrañaga I. (29), informa que cuidar afecta negativamente a la salud de quienes cuidan, pero entraña mayores riesgos para las mujeres por la mayor carga de trabajo que deben asumir. Cuando los hombres aumentan la carga de cuidados, las desigualdades de género se reducen o invierten.

Este cuidador familiar realiza todos los cuidados en virtud a lo que necesite su ser querido, poniendo estas labores de cuidado por encima de otras, inclusive de las propias de él, lo cual es un ambiente propicio para que se genere un nivel de dependencia alto, de las 2 partes, por un lado, el paciente con ECNT depende del familiar que lo cuida y el familiar depende de la persona con ECNT como parte de su vida (30).

La OMS pide constantemente que se extiendan los cuidados de salud a los familiares; sin embargo, según la literatura, este enfoque es reciente, ya que más del 70% de los artículos han empezado a publicarse a partir de 2008 (24)

En el sistema de salud colombiano, el cuidador es desconocido, no se le tiene en cuenta o se considera que no sabe, y no se han generado mecanismos sólidos y colectivos para apoyarlo en su responsabilidad. De forma paradójica, cada día con mayor frecuencia el cuidador recibe nuevas delegaciones para las cuales no está capacitado. Se le entrega a un familiar enfermo o limitado porque el costo institucional de hospitalización es muy alto para las empresas prestadoras de los servicios de salud o porque no existen servicios adecuados y suficientes de cuidado a largo plazo, y el cuidador debe llevar a esta persona al hogar sin saber qué sucederá. Aunque en los últimos tiempos se menciona el fortalecimiento del cuidado en el hogar falta un gran camino por recorrer (31).

Conocer la percepción del apoyo social funcional que tiene el cuidador permite identificar los aspectos negativos que estos experimentan en el cuidado a largo plazo de una enfermedad crónica, planteando la necesidad de que enfermería asuma un papel protagónico en la implementación de programas asistenciales y educativos que preparen y habiliten a los cuidadores en el trabajo que su nueva realidad les plantea, y en el mejoramiento de la calidad de vida no solo de los familiares bajo su responsabilidad sino también de sí mismos. (32)

4.3 ENFERMEDAD CRONICA.

La enfermedad crónica según la OMS es “La Enfermedad crónica, se refiere a la experiencia vivida de una condición física o alteración de la salud a largo plazo, ya sea relacionada con una enfermedad contagiosa o no contagiosa, o a una condición, síndrome o trastorno” (33).

Es un problema mundial que afecta de manera especial a los países en desarrollo, el alcance de la morbimortalidad aumenta de manera progresiva y requiere un abordaje sanitario prospectivo en el tiempo. Los pacientes con este tipo de patologías padecen lesiones,

secuelas o anomalías estructurales, sensoriales y de comunicación definitivas en el tiempo que una vez diagnosticadas, pueden ser controladas, pero no curadas, estas son permanentes, incurables, irreversibles, cíclicas con períodos de remisión y recaídas, todas ellas afectan negativamente a la calidad de vida y son plurietiológicas: las causas intrínsecas de relación entre los factores de riesgo modificables y la enfermedad requieren de una política de intervenciones sanitarias integradas y orientadas a cambiar hábitos en salud. La gran mayoría de ellas no son contagiosas, pero sí prevenibles a nivel primario mediante la modificación de determinados factores de riesgo y a nivel secundario mediante su detección precoz. La mayoría impactan negativamente en quien las padece y en sus familias con repercusiones a nivel socioeconómico muy importantes, obligando a modificar el estilo de vida. El abordaje de estos pacientes es complejo y requiere la intervención de diferentes agentes de salud entrenados para que realicen acciones individuales y poblacionales. La evidencia científica muestra multitud de intervenciones coste-efectivas para poder prevenir, detectar y tratar estas enfermedades que pueden incidir positivamente en los resultados en salud, en la frecuentación de los servicios sanitarios y en mejoras en la calidad de vida y satisfacción de los enfermos y sus familias (34)

Colombia se encuentra en una fase intermedia del proceso de transición en salud: el país experimenta un proceso de envejecimiento acelerado, habiéndose triplicado el número de personas mayores de 65 años en los últimos 40 años e incrementado la expectativa de vida al nacer a 74 años. El perfil de morbilidad y mortalidad se caracteriza por un predominio de las ECNT que son desde hace ya varios años las principales causas de morbilidad y mortalidad (35).

En Colombia más de 110 mil personas fallecen cada año por enfermedades crónicas como las afecciones cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y los padecimientos pulmonares (10). Ha sido ampliamente documentado que en la familia el impacto recae especialmente en el cuidador, quien, en muchas ocasiones, debe transformar múltiples aspectos de su vida y asumir responsabilidades adicionales, lo que se asocia con estrés y sobrecarga, con alteración en la calidad de vida y en el bienestar (35).

En general, el individuo enfermo es el foco de atención de los diversos profesionales, en cuanto el familiar/ cuidador es visto como aquel que ayuda en el proceso de cuidar, sin ser reconocido como una persona que está pasando por un proceso doloroso y que necesita de auxilio y apoyo (36).

El cuidador familiar a pesar de ser un elemento esencial y ser uno de los que más se afecta al generar cuidado, es uno de los que menos intervenciones recibe, puesto que toda la atención se enfoca en el primer sujeto de cuidado (la persona enferma). En la literatura no se evidencian muchas investigaciones que abordan el fenómeno en estudio directamente. Muchas de ellas hacen referencia a las alteraciones en calidad de vida y sobrecarga en el cuidador de pacientes con enfermedades crónicas. Dichas investigaciones están encaminadas a conocer las condiciones en que esta persona ejerce su labor de cuidador y que tanto se puede ver afectado debido a estas condiciones. Entre estas se encuentra a

Izquierdo M (37) donde determina el nivel de sobrecarga y las características de cuidado de cuidadores de personas con trastorno mentales, en Cartagena. Participaron 139 cuidadores, teniendo en cuenta el número de horas al día que dedica el cuidador a su familiar, se evidencia que 49 (35,3%) de los cuidadores cuidan menos de 6 horas, 38 (27,3%) de ellos dedican más de 19 horas a cuidar, 35 (12,2%) de los cuidadores dedican 7 a 12 horas, y otros 17 (25,2%) de estos cuidadores se dedican al cuidado a sus familiares entre 13 a 18 horas. Igualmente se evidencio que 81 (58,2%), son cuidadores únicos, mientras que 58 (41,7%) no lo son. La sobrecarga percibida por el cuidador, según la puntuación obtenida en la escala de Zarit, fue de (46,8%) cuidadores que manifestaron sobrecarga intensa, un 56 (40,3%) ausencia de sobrecarga y en menor proporción 18 (12,9%) manifiestan sentir una sobrecarga ligera. Con el análisis bivariado se encontró que entre las características de cuidado y la sobrecarga de los cuidadores familiares de personas con trastornos mentales, están asociados a que son el único cuidador OR 2,68(I.C.95% 1,2- 5,6) .

Entre algunas investigaciones se cuenta con la de Andrade S (38) , que reporta que la mayoría de los cuidadores presentan una sobrecarga intensa (54,5%) siendo el aspecto psicológico el más afectado (53,98). Lo cual genera un perjuicio bastante marcado con respecto a la vida social y la relación de trabajo, puesto que los cuidadores se sienten sobrecargados, pero la sobrecarga permanece velada, ya que su manifestación puede revelar emociones y sentimientos de culpa, difíciles de ser admitidos y elaborados. Garlo K (39) en su estudio encontró una asociación del 23.13%, en donde la alta carga del cuidador era ocasionada por la necesidad de mayor ayuda con las tareas diarias, pero no con medidas objetivas de la necesidad de asistencia del paciente, como síntomas o estado funcional, lo que sugiere que la carga puede ser una medida de la capacidad del cuidador para adaptarse al rol de cuidador.

Por otro lado, Carrillo G (19) identifico que el cuidador familiar se hace cargo de la persona con ECNT desde el momento del diagnóstico (80% de los casos) y que 96% los han cuidado por más 19 meses, y la mayoría por más de 37 meses durante más de siete horas al día en 54% de los casos 13% y 14% las 24 horas, y todo esto dentro de un contexto que se caracteriza por limitación socio-económica, en nada sorprende que el 58% de estos cuidadores reporte carga y el 10%, carga intensa. Lo que se asocia con estrés y sobrecarga, con alteración en la calidad de vida y el bienestar, con percepción de falta de habilidad para el cuidado y con percepción de nuevas necesidades de apoyo.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal, donde se determinó el confort en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica.

5.2 Población: Para calcular el número de cuidadores familiares, se tomó un valor estimado, el cual estuvo dado por el número de pacientes con ECNT que estuvo hospitalizado en los últimos 4 años constituido por 10481 pacientes.

5.3 Muestra: Con una prevalencia esperada del 50% ($P= 0,5$), un error del 5% y un nivel de confianza del 95%, la muestra fue de 370. Adicionando un 10% en caso de pérdida la muestra definitiva fue 407, estos datos se obtuvieron al utilizar la siguiente fórmula:

$$N = \frac{(1.96)^2 * 10481 * 0.50 * 0.50}{0.05^2 * 10481 + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}$$

$$N = \frac{3.8416 * 10481 * 0.50 * 0.50}{0.0025 * 10481 + 3.8416 * 0.50 * 0.50}$$

$$N = \frac{10065.9524}{26.2025 + 0.9604}$$

$$N = \frac{10065.952}{27.1629}$$

$$N = 370$$

10481
95% confianza: 1.96
50% ó 0.50 prevalencia
50% ó 0.50
5% ó 0.05
Reposición por perdidas 10% es de 37

5.4 Muestreo: El muestreo probabilístico se hizo de manera estratificada, dividiendo en subgrupos la población; dichos subgrupos fueron realizados gracias a la información recolectada de la base de datos del hospital universitario del caribe, en donde muestra las enfermedades crónicas que más se presentaban en el servicio de medicina interna; se seleccionaron posteriormente de manera aleatoria los participantes de forma proporcional que tenían cuidadores familiares y cumplían con los criterios de inclusión, a los cuales se les aplicó la encuesta la cual se mide con una escala tipo Likert. En donde el investigador estuvo en disposición de resolver cualquier inquietud que tenía el cuidador al momento de realizar la encuesta; las encuestas se realizaron dentro de un periodo de dos meses para poder lograr el número de encuestas necesarias.

Tabla 1. Enfermedades crónicas más tratadas en el Hospital Universitario del Caribe

ENFERMEDADES CRONICAS	AÑO						
	2015	2016	2017	2018	TOTAL	%	# De encuestas
Enfermedad de Alzheimer, no especificada	60	69	74	26	229	2%	9
Enfermedad cerebrovascular, no especificada	625	774	837	669	2905	28%	113
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	489	425	430	325	1669	16%	65
Tumor maligno de la mama, parte no especificada	644	692	317	207	1860	18%	72
Diabetes mellitus con complicaciones	718	853	948	826	3345	32%	130
Insuficiencia renal terminal	97	81	134	161	473	5%	18
Total	2633	2894	2740	2214	10481	100%	407

Fuente: base de datos Hospital Universitario del Caribe

5.5 Criterios de inclusión:

- Cuidadores familiares hombre y mujer que esté cuidando al paciente por mínimo 7 días.
- Cuidadores familiares que permanecen con los pacientes hospitalizados que deseen voluntariamente participar en la investigación.
- Cuidadores que tengan un rango de edad entre 18 y 70 años.
- Cuidadores que tengan más de 6 horas diarias dedicadas al cuidado.

5.6 Criterios de exclusión:

- Cuidadores que tengan alguna discapacidad física.
- Cuidadores que estén en embarazo.
- Que tenga más de una persona enferma a su cuidado.

5.7 Instrumentos de recolección de la información

Para caracterizar socio demográficamente a los cuidadores se utilizó el instrumento de “Caracterización de los cuidadores” de la Universidad Nacional de Colombia que consta de 14 ítems, que indaga sobre género, edad del cuidador, edad del receptor de cuidado, sabe leer y escribir, escolaridad, estado civil, ocupación, estrato, cuida a la persona a su cargo en el momento del diagnóstico, tiempo que lleva como cuidador etc. (Anexo 1).

Se utilizó el cuestionario de confort para la familia desarrollado por la doctora Katherine Kolcaba el cual se evalúa en una escala tipo liker de cuatro puntos en la que 4 asigna un valor “totalmente de acuerdo”, y la puntuación 1 un valor “totalmente en desacuerdo”. Tiene 37 ítems, 28 se miden de forma positiva y 9 de forma negativa. Se modificó para mayor comprensión del cuidador familiar sustituyéndolos con las respuestas “Siempre” con valor de 4; “Casi siempre” con valor de 3; “Casi Nunca con valor de 2 y “Nunca con valor de 1.

La puntuación total obtenida por la persona encuestada, se calculó sumando la puntuación de los ítems positivos con la puntuación invertida de los valores de los ítems negativos. Mayores puntuaciones, mayor nivel de comodidad.

Evalúa la comodidad en 4 dimensiones: física (2 ítems), social (8 ítems), psico-espiritual (20 ítems), y ambiental (7 ítems), circunscritas estas dimensiones a los tipos de alivio, tranquilidad y trascendencia (tabla 3). El cuestionario se ha utilizado en los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas. El cuestionario de Confort Holístico para la familia ha sido validado facialmente y se observó adecuada claridad, precisión y comprensión de cada uno de los ítems evaluados tanto por las expertas como para los familiares que participaron en el estudio y obtuvo un alfa de Cronbach de 0,84 (Anexo 2) (40).

A cada paciente se le explicó cómo diligenciar los instrumentos, la información se recolectó bajo el acompañamiento de una enfermera, entrenada en su manejo. El cuestionario de confort Holístico para la familia tiene un puntaje mínimo total de 37 puntos y un puntaje máximo de 148. Para el análisis estadístico se calcularon los porcentajes teniendo en cuenta el tipo de pregunta de cada una de las dimensiones para determinar el tipo de confort que predominó.

5. 8 Técnicas y procedimientos

Para la realización de la investigación se tuvo en cuenta el aval de la institución. Después de elegir a los cuidadores familiares que cumplieron con los criterios de inclusión, se hizo un primer contacto con una prueba piloto con el fin de verificar que los cuestionarios fuesen comprensibles y útiles para recolectar la información necesaria; por cuestiones legales se les entregó a los participantes un consentimiento donde aceptaron ser parte del estudio. Los investigadores hicieron la recolección de la información a través de 407 cuestionarios que se realizaron en los pabellones del servicio de medicina interna de la institución antes mencionada, posteriormente se efectuó la tabulación y el análisis de la información por parte de los investigadores.

5.9 Análisis estadístico

Una vez diligenciado los cuestionarios por los participantes, se incorporaron y analizaron los datos en una matriz creada en Microsoft Excel, después de procesada se generó una estadística descriptiva sobre el nivel de confort en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas, y en cada una de las dimensiones que integraron el instrumento se calculó frecuencia absoluta y porcentajes.

5.10 Aspectos éticos

La investigación mantuvo los parámetros éticos establecidos en la resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia (41), se consideraron riesgo mínimo para los participantes; la Ley 911 de 2004 (42) por la cual se establece la responsabilidad deontológica de la profesión de enfermería y Art. 15 de la Constitución Colombiana garantizando la privacidad de la información. A los participantes en el estudio se les explicaron los objetivos del estudio y se les solicitó el consentimiento informado por escrito, (Anexo 3). Se contempló el manejo confidencial de la información, la participación voluntaria y la posibilidad de retiro de la investigación.

6. RESULTADOS.

Perfil sociodemográfico de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas

Un total de 407 cuidadores de pacientes con ECNT, participaron en este estudio, en el cual 79.6% (324) son del sexo femenino. Respecto a la edad de los cuidadores 48.4% (197) se encontraron en el rango de edad de 36 a 59 años y 42.5% (173) correspondieron a un rango de 18 a 35 años. Referente al receptor de cuidado en un 77.6% (316) la edad del paciente es mayor que la edad del cuidador.

Por otro lado, solo 3.2% (13) no sabe leer ni escribir, en escolaridad, el 35.9% (146) terminaron el bachillerato y solo un 7.9% (32) termino la universidad. En cuanto al estado civil, la mayoría de los cuidadores son solteros con un 39.3% (160), seguido de la unión libre con un 37.1% (151) y en menor proporción los separados 3.7% (15). En mayor proporción, los cuidadores se dedican al hogar en un 46.9% (191), seguido del trabajo independiente 25.6% (104). Con relación al nivel socioeconómico el 64.6% (263) pertenece al estrato 1, seguido del estrato 2 con un 29.5% (120).

Respecto a si cuida a la persona desde su diagnóstico, 87.5% (356) si lo hacen y 12.5% (51) no lo hacen; en cuanto al tiempo que llevan como cuidador, 38.1% (155) tiene de 0 a 6 meses, el 32% (130) cuidan de 7 a 18 meses, y 20% (82) cuidan desde hace más de 37 meses. El mayor número de horas de cuidado al día es de 7 a 12 horas 55.3% (225), seguido por más de 24 horas en un 20.9% (85).

En cuanto si es el único cuidador, el 65.1% (265) respondió que no y el 34.9% (142) respondió que sí. Con relación al apoyo con que cuenta 69.8% (284) dice que familiar y en lo que se refiere a la relación con la persona cuidada, 41% (167) respondieron que son su madre o padre, y 25.1% (102) dicen que hijo o hija. (Tabla 1).

Confort de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica no transmisible.

Con respecto al confort del cuidador familiar se encontró que el puntaje promedio del Confort es 121,8 (DE=7,8). El puntaje mínimo fue 98 y el máximo 139.

Con base en los tipos de confort estipulados por Kolcaba (alivio, tranquilidad y trascendencia) los cuales se evaluaron a través de las dimensiones física, social, psicoespiritual y ambiental; se encontró que el tipo de confort que predomina en la dimensión física, psicoespiritual y social es la trascendencia con un porcentaje de 43.2% 40.8 y 41.6% respectivamente y con respecto a la dimensión ambiental predomina la

tranquilidad con 43.1%, A nivel general el tipo de confort que predominó fue el de trascendencia con un porcentaje de 34.9% (Tabla 3).

Dentro de los ítems donde el cuidador manifiesta que tiene más confort están el ítem 4: el cual hace referencia a que sus creencias le dan tranquilidad, donde el 83.3% (339) están totalmente de acuerdo. Otros ítems donde se puede evidenciar mucho más confort encontramos el 24, el cual dice si la persona se encuentra confiada espiritualmente donde un 84.3% (343) manifestó estar totalmente de acuerdo, otro ítem que marca un buen confort en la encuesta es el 37 “Mi Dios me ayuda” en cual un 97.1% (395) confirmo que está totalmente de acuerdo.

En relación con los ítems en los cuales se evidencia menos confort encontramos el 3 donde dice “me preocupo por mi ser querido”, con un 91.6% (373) en los que están totalmente de acuerdo, por otro lado, el ítem 16 dice que nos gustaría ver al médico con mayor frecuencia dando un porcentaje de 76.2% (310) en el que están totalmente de acuerdo, el ítem 20, que se refiere a la necesidad de una silla o cama confortable, el 88.5% (360) está totalmente de acuerdo, y por último en el ítem 23, “Pienso en los malestares de mí ser querido constantemente” el cual evidencio que un 73.2% (298) está totalmente de acuerdo.

7. DISCUSIÓN

En el presente estudio se evidenció que el promedio de confort en cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas fue de 121,8 (DE=7,8) con un puntaje mínimo de 98 y un máximo de 139. En donde se encontró que un 89.6% (365) de los cuidadores contaban con alguien cuando necesitaba ayuda, en concordancia a un estudio realizado por Gayoso M (24) quien determinó que el nivel de confort es mucho mayor si el cuidador tiene personas de quien recibir ayuda y esto se debe a que cuando la tarea está dividida, la sobrecarga es menor y el cuidador logra tener más tiempo para su autocuidado.

Además, la dificultad para descansar y la preocupación por el estado de salud de su ser querido son una de las principales causas de disconfort en el cuidador en consecuencia a esto disminuye la salud tanto mental como física; en este estudio se evidencio que un 72.5% (295) de la población respondió que tenía dificultad para descansar y que un 99.2% (404) se preocupan por su ser querido, similar al estudio realizado por Pérez JM (48) quien dice que el rol de cuidador supone importantes repercusiones para la salud física y mental de la persona encargada de cuidar, hablándose en la actualidad de “síndrome del cuidador” para referirse a dichas consecuencias negativas. El nivel de sobrecarga percibido por el cuidador es un proceso complejo y estresante que implica muchos factores, como son: características del paciente, características personales del cuidador, demandas psicosociales, evaluaciones cognitivas, respuestas fisiológicas y emocionales, vínculo afectivo entre el paciente y el cuidador y aspectos relacionados con el apoyo social percibido. Además, el afrontamiento y el soporte social pueden potencialmente intervenir en múltiples puntos a lo largo del proceso de estrés (49).

Con relación a las características sociodemográficas de los participantes de esta investigación evidencian que el mayor peso porcentual de los cuidadores familiares corresponde al sexo femenino 79.6% (324) similar a estudio realizado por Piratova BN (43) donde las mujeres son depositarias y transmisoras de conocimientos para el cuidado de la salud en el núcleo familiar. Así es como las hijas asumen en su mayoría la acción de cuidar, siendo ese rol una herencia cultural que ha recibido la mujer en su papel de cuidar, ya que desde edades tempranas son entrenadas para el cuidado de los hijos, por eso asumen socialmente la tarea de cuidar (19) (44).

Respecto a la edad del cuidador en este estudio 48.4% (197) se encontraron en el rango de edad de 36 a 59 años similar a los estudio realizados por Carrillo M, Zanetti ML y Ferraz K (19) (44) (45) Este rango de edad se caracteriza por la multiplicidad de roles sociales: padres, hijos, esposos, trabajadores que pueden ser causal de sobrecarga en el cuidador, porque todos exigen dedicación y esfuerzo.

En esta investigación los cuidadores saben leer y escribir en un 96,8 % (394) y un 35,9% (146) terminaron el bachillerato, similar a los estudios realizados por Carillo M, Carrillo GM y Lund L (19) (46) (47). La escolaridad es un factor protector porque proporciona elementos básicos que facilitan el fortalecimiento de la habilidad de cuidado.

Respecto a la ocupación, en este trabajo en mayor proporción, los cuidadores se dedicaban al hogar en un 46.9% (191) contrario al estudio de Gayoso M, (24) donde los cuidadores (50%) desarrollaban actividades remuneradas fuera de su casa en lo que convierte al cuidado en una situación de “segundo turno” y limita el tiempo de descanso del cuidador.

En esta investigación, en lo que se refiere a la relación con la persona cuidada, 41% (167) respondieron que son su madre o padre, y 25.1%(102) dicen que hijo o hija contrario a lo reportado en el estudio de Gayoso M, (24) donde al evaluar el grado de parentesco, los hijos aparecen como los grandes responsables del cuidado, seguidos por los cónyuges; cabe destacar que el cuidado se mantiene todavía dentro de la familia nuclear,

En el presente estudio, con relación a si cuida a la persona desde su diagnóstico, 87.5%/(356) tuvo una respuesta positiva, lo cual permite comparar con el trabajo realizado por Pinzón E (20) en donde el 91% de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad respiratoria crónica están al cuidado desde el inicio de la enfermedad, esto pueden estar asociados a que estos cuidadores comparten la vivienda o domicilio con el paciente, situación que compromete a los miembros de la familia a que se ocupen directamente de la responsabilidad y tareas de prestar el cuidado. Por otro lado el punto del apoyo con los que cuenta, en este trabajo se evidencio que un 69.8% (284) cuenta con apoyo familiar, comparándolo con los resultados descritos en el trabajo realizado por Pinzón E (20). Se encontró que el mayor apoyo percibido por los participantes es el de la familia en un 85,4% de los casos.

Con respecto al cuestionario confort familiar específicamente el ítem 7 que habla acerca de la dificultad para descansar, y el ítem 20 que se refiere a la necesidad de una silla o cama confortable es similar a un estudio realizado por Burriel M (50) en el cual dice que en cuanto al descanso y sueño se ha encontrado que esta necesidad es la peor satisfecha. Prácticamente todos los cuidadores han asegurado que duermen muy mal cuando tienen que hacerlo en el hospital, la mayoría utiliza los sillones de la habitación con ropa de cama que proporcionan las enfermeras o las auxiliares. Esto se debe a que la infraestructura de los hospitales en su mayoría está diseñada para brindarle confort solo a los pacientes, dejando de lado a los cuidadores. Por otro lado el ítem 36 que habla acerca de si está preocupado por las finanzas en un 82.3% (335) respondieron afirmativamente, por lo cual Burriel M (50) dice que la estancia en el hospital acarrea al cuidador costos económicos derivados de los gastos originados por las comidas y medios de transporte.

Con relación al ítem 5 en el cual se plantea si las enfermeras le daban esperanza un 40,7% (166) respondieron asertivamente, con respecto a este se encontró similitud con el estudio realizado por Bautista L (51) en el cual refiere que la comunicación verbal de las enfermeras genera confort en los cuidadores.

Respecto al ítem 16 que hace referencia a que les gustaría ver al médico con mayor frecuencia un 96,3% (392) respondió de manera asertiva indicando así que es importante mantener cierta comunicación con el personal médico en el momento de la hospitalización de un ser querido para así disminuir ciertas cargas emocionales, a esto también da respuesta el estudio realizado por Alvarado H (52) en el cual se expone que mantener una comunicación constante y efectiva con el personal médico contribuye a disminuir la ansiedad y los temores que produce la hospitalización para el familiar.

En la parte espiritual tenemos el ítem 24 que se refiere si la persona se encuentra confiada espiritualmente un 84.3% (343) respondieron afirmativamente y otro ítem es el 37 “Mi Dios me ayuda” en cual un 97.1% (395) estaba completamente de acuerdo. A diferencia de los resultados encontrados en el trabajo de Pinzón E (20) sólo el 1,8% refiere contar con algún tipo de soporte espiritual que es proporcionado por los grupos y creencias religiosas.

8. CONCLUSIONES.

El puntaje promedio del Confort de los cuidadores de paciente con enfermedad crónica en general es de 121,8 (DE=7,8) siendo un confort alto ya que el máximo puntaje es de 178.

Los cuidadores de paciente con enfermedad crónica se caracterizaron por ser de sexo femenino, con rango de edad entre los 36 y 59 años, en donde la mayoría sabe leer y escribir, tienen algún grado de escolaridad, dedicándose al hogar como ocupación siendo en su mayoría cuidadoras desde el momento del diagnóstico de su familiar y desde hace más o menos 6 meses, dedicándoles entre 7 a 12 horas de cuidado. En su mayoría estas cuidan a sus padres y cuentan con ayuda de otros familiares para proporcionar el cuidado.

Con relación al tipo de confort identificado en los cuidadores familiares de pacientes con ECNT predominó la trascendencia en las dimensiones física, social y psicoespiritual y en la ambiental predominó la tranquilidad. A nivel general el tipo de confort que predominó fue el de trascendencia que hace referencia a estar por encima de los problemas y del dolor propio.

Dentro de los ítems donde el cuidador manifiesta que tiene más confort están el ítem 4: el cual hace referencia a que sus creencias le dan tranquilidad, el ítem el cual dice si la persona se encuentra confiada espiritualmente y el ítem 37 “Mi Dios me ayuda” . En relación con los ítems en los cuales se evidencia menos confort encontramos el 3 donde dice “me preocupo por mi ser querido”, el ítem 16 dice que nos gustaría ver al médico con mayor frecuencia, el ítem 20, que se refiere a la necesidad de una silla o cama confortable y por último el ítem 23, “Pienso en los malestares de mí ser querido constantemente”

9. RECOMENDACIONES

- ✓ Seguir con la línea de investigación del Confort en cuidadores en todos los ciclos vitales con el fin de implementar programas de apoyo a los familiares que se encuentran al cuidado de estas personas.
- ✓ Motivar a enfermería para que se interese mucho más por los cuidados que se deben brindar a los cuidadores de adultos con enfermedades crónicas y el apoyo que se le debe proporcionar a los cuidadores familiares.
- ✓ Motivar al personal de enfermería para que ayude a fortalecer el área espiritual y el vínculo familiar del cuidador que es un factor protector para aumentar el confort.
- ✓ Informar a la institución hospitalaria donde se realizó este estudio, la importancia de invertir no solo en el bienestar del paciente sino también en la comodidad del cuidador debido a que este es pieza fundamental en el cuidado integral del paciente.
- ✓ Sugerir la formación de un grupo interdisciplinario para el familiar al momento de la hospitalización del paciente, con el fin de intervenir no solo el confort físico sino que a su vez se tenga en cuenta el confort psicosocial del grupo familiar.
- ✓ Implementar en la formación académica estrategias que vayan enfocadas al cuidado del cuidador familiar.

10. AGRADECIMIENTOS

Primeramente queremos dar gracias a Dios por brindarnos la fuerza y la sabiduría para poder llegar hasta este punto. A nuestra Tutora Artleth Lian por su dedicación y paciencia para la realización de este trabajo, agradecemos a cada uno de los profesores que muy amablemente aportaron para que el resultado de este trabajo fuese posible.

Damos gracias a nuestra familia por su apoyo incondicional y a nuestros compañeros por la unión que se mantuvo durante la realización del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marriner Tomey A, Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería. 7th ed.: Elsevier Mosby; 2011.
2. Kolcaba K, Kolcaba R. An Analysis of the concept of comfort. *Journal of advanced Nursing*. 1991 abril.
3. Kolcaba K, Fox C. The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*. 1999 Febrero ; 26 (1): p. 67-92.
4. Santana K, Gomez I, Carneiro F. Validación de la escala de confort para familiares de personas en estado crítico de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015 Agosto; 23(4): p. 660-668.
5. Rizo Vasquez A, Molina Luis M, Milian Melero N, Pagan Mascaró P, Machado García J. Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016 Julio; 32(3).
6. Hernández N, Moreno CM, Barragán JA. NECESIDADES DE CUIDADO DE LA DÍADA CUIDADOR-PERSONA: EXPECTATIVA DE CAMBIO EN INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. 2014 Agosto; 5(2).
7. Barrera Ortiz L, Galvis López , Moreno Fergusson M, Pinto Afanador , Pinzón Rocha ML, Romero Gonzales , et al. Habilidad del cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Invest. educ. enferm*. 2006 Marzo; 24(1).
8. Carrillo G, Sánchez B, Barrera L. Habilidad de cuidado de cuidadores. *Rev. salud pública*. 2015 enero; 17(3): p. 394-403.
9. Achury D, Castaño H, Gómez L, Guebara N. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2011 junio; 13(1).
10. Salud OMD. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2017 marzo 22]. Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
11. DANE. DANE INFORMACION PARA TODOS. [Online].; 2017 [cited 2019 Marzo 04]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2017>.

12. Alvarez M, De Montalvo F. Familia y Sociedad. In Comillas U, editor. La familia ante la enfermedad. madrid: Universidad Pontifica Comillas; 2010. p. 139-145.
13. Flores E, Rivas E, Seguel F. nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y Enfermeria. 2012 Abril; 18(1).
14. Mera , Cardona J, Benites , Delgado G, Urbano , Villaba J. Sobrecarga y experiencia de cuidadores de personas diagnosticadas con esquizofrenia, una mirada desde la enfermeria. Hacia promocion de la salud. 2017 Julio ; 22(2).
15. Ambriz Lopez , Villalobos Arambula LM, Gallegos Torres R, Xequé Morales , Hernandez Castañón A, Palome Vega. Perfil del cuidador principal y su relacion con el cuidado del personal de enfermeria. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2014 Agosto; 22(3).
16. Sanchez B, Garcia MP, Peinado P, Campos C, Mejia Y, Cruz F. Efectividad de un plan de apoyo a cuidadores en dos hospitales publicos de Granada (España). Aquichan. 2014 Diciembre; 14(4).
17. Diaz J. Habilidades de cuidado de los cuidadores. Avance en Enfermeria. 2007 Junio; 25(1): p. 69-82.
18. Quero A, Briones R, Prieto M, Pascual N, Navarro A. Los cuidadores familiares en el Hospital de Traumatología y Rehabilitación de Granada. Index de Enfermeria. 2005 abril; 14 (48-49).
19. Carrillo M, Chaparro L, Sánchez B. Carga del cuidado en familiares de personas con enfermedad cronica en la region pacifica Colombiana. Ciencia y Enfermeria. 2014 Agosto; 20(2).
20. Pinzón E, Carrillo G. Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2016 mayo; 34(2).
21. Cueto de la Hoz S, Hernandez Yepes , Marquez Ordoñez , Romero Arenilla , Salinas Diaz. Competencias del cuidador familiar para el cuidado de personas con alzheimer, Cartagena. Repositorio de la Universidad de Cartagena. 2016 Septiembre .
22. Montalvo Prieto A, Florez Torres. Caracteristicas de los cuidadores de personas en situacion de cronicidad. Cartagena Colombia: Un estudio comparativo. Revista cientifica Salud Uninorte. 2008 Julio; 24(2).
23. Grooper L. Promoting health by promoting comfort. Nursing Forum. In.; 1992. p. 5-8.

24. Gayoso M, Garcia de Avila M, Antunes da Silva, Aguilar Alencar R. Evaluación del nivel de confort de los cuidadores de pacientes con cáncer en cuidados paliativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018; 26(3029).
25. Ferrer E. Comodidad: acción de cuidado como pensamiento, como hecho cuidativo y como resultado de la acción de cuidar. *Educare21*. 2014; 1.
26. Española RA. *Diccionario de la lengua Española*. 2017..
27. Carneiro F, Santana K, De Almeida M. Prácticas del cuidar en Enfermería para la promoción del confort. *Index Enfermeria*. 2014 Junio; 23(1-2).
28. Perez Porto J, Gardey A. Definicion.DE. [Online].; 2013 [cited 2019 Marzo 03. Available from: <https://definicion.de/confort/>.
29. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin M, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *sielo*. 2008 Enero 22; 22(05).
30. Carreño S, Chaparro L. Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2016 Abril; 34(4): p. 1014-1031.
31. Pinto Afanador N, Barrera Ortiz L, Sanchez Herrera B. Reflexiones sobre el cuidado apartir del programa "cuidando a los cuidadores". *Aquichan*. 2005 Octubre; 5(1).
32. Vega O. percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Aquichan*. 2011 Diciembre; 11(3).
33. Salud OMDI. Organización mundial de la salud Enfermedades no transmisibles. [Online].; 2018 [cited 2019 Marzo 04. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
34. Perez Jimenez. Tesis doctorales en Red. [Online].; 2017 [cited 2019 Marzo 4. Available from: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/457349?fbclid=IwAR0vQcaM20TYWSrefmWD4AEaL1lwaLShQMHjaDJRUKoYEGQ4AhnNMYgitx0>.
35. Carrill G, Chaparro L, Sánchez B. Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región amazónica de Colombia. *Medicina U.P.B*. 2014 Junio; 33(1): p. 26-37.
36. Rubira E, Munhoz M, Martinez M, Barbosa D, Gonçalves A. Cuidando da criança com câncer:

- avaliação da sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 Junio; 60(5).
37. Izquierdo Mulett , Manjarrez Figueroa , Nieves Blanco K, Pacheco Mercado W, Perez Mendivil. NIVEL DE SOBRECARGA Y CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO EN CUIDADORES DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTALES, CARTAGENA. Tesis enfermería. Cartagena: Universidad de Cartagena, Bolívar; 2016. Report No.: N642.
 38. Andrade S, Melo M, Rodriguez M, Alves R. Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Crianças com Câncer. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2014 Diciembre; 34(4).
 39. Garlo K, Leary J, Van P, Fried T. Burden in Caregivers of Older Adults with Advanced Illness. *The American Geriatrics Society*. 2010 Diciembre; 58(12).
 40. Garzon L, Arteaga A, Vergara K, Herrera A. Validación de apariencia, de contenido y confiabilidad del cuestionario de confort holístico para la familia. 2016..
 41. Salud Md. Resolucion 008430 de 1993. 1993 Octubre. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
 42. Social MdP. Tribunal Nacional Etico de Enfermería. [Online].; 2004 [cited 2018 Agosto 20. Available from:
http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=59.
 43. Piratoba Hernandez N, Rozo Gutierrez JN. Caracterizacion sociodemografica del cuidador familiar de la persona mayor de una localidad de bogota colombia. *Med UNAB*. 2015 Julio; 18(1).
 44. Zanetti ML. Las enfermedades crónicas no transmisibles y tecnologías en salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 Junio; 19(3).
 45. Ferraz Dos Anjos K, Cruz Santos V, Brito Teixeira R, Silva de Olivera Boery R, Nagib Boery E. Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: Una revisión integradora. *Revista Cubana de Enfermería*. 2013 Julio; 29(4).
 46. Carrillo GM SBBL. Habilidad de cuidado de adultos y niños con enfermedades crónicas.. *Índex Enferm*. 2014; 23(3).
 47. Lund L R LAMGM. Cancer caregiving tasks and consequences and their associations with caregiver status and the caregiver's relationships to the patient a survey. *BMC Cancer*. 2014; 14 (541).

48. Perez J, Abanto J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). Atención Primaria. 1996; 18(4).
49. Barreto Villadiego P, Balasnoa Gomez M, Garcia Novoa D, Gomez Carreño. SOBRECARGA DE CUIDADORES DE NIÑOS HOSPITALIZADOS Y RELACIÓN CON EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO. HOSPITAL REGIONAL II NIVEL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES. Universidad de Sucre. 2018.
50. Burriel M, Perea Solans P, Serrano TI. Necesidades de los cuidadores familiares de los paciente ingresados en el Hospital universitario "Lozano blesa" de Zaragoza. Biblioteca de las Casa. 2009 Junio; 5(6).
51. Bautista Rodriguez L, Arias Velandia M, Carreño Leiva Z. Percepcion de los familiares de paciente criticos hospitalizacion respecto a la comunicacion y apoyo emocional. Revista Cuidarte. 2016 Abril ; 7(2).
52. Alvarado Romero , Rodríguez Colmenares SM. NECESIDADES DE LOS CUIDADORES DE LOS NIÑOS ENTRE 8 Y 18. Horiz Enferm. 2014 Junio; 25(1).

ANEXOS

ANEXO 1: FORMATO DE CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES

Por favor lea cada una de las siguientes preguntas y responda cada una de ellas. Su información es de tipo confidencial.

1. GÉNERO

- Masculino
- Femenino

2. EDAD DEL CUIDADOR

- Menor de 17
- De 18 a 35
- De 36 a 59
- Mayor de 60

3. TENIENDO EN CUENTA LOS GRUPOS DE EDAD ANTERIORES LA EDAD DE RECEPTOR DE CUIDADO (PACIENTE) ES:

- Mayor que el rango de edad de cuidador
- Del mismo rango de edad del cuidador
- Menor que el rango de edad del cuidador.

4. SABE LEER Y ESCRIBIR

- Sí
- No

5. GRADO DE ESCOLARIDAD

- Primaria Incompleta
- Primaria Completa
- Bachillerato Incompleto
- Bachillerato Completo
- Técnico
- Universidad Incompleta
- Universidad Completa

6. ESTADO CIVIL

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Separado (a)
- Viudo (a)
- Unión Libre

7. OCUPACIÓN

- Hogar

- Empleado (a)
- Trabajo Independiente
- Estudiante
- Otros

8. ESTRATO DE SU VIVIENDA

- Estrato 1
- Estrato 2
- Estrato 3
- Estrato 4
- Estrato 5
- Estrato 6

9. CUIDA A LA PERSONA A SU CARGO DESDE EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

- Sí No

10. TIEMPO QUE LLEVA COMO CUIDADOR

- De 0 a 6 meses
- De 7 a 18 meses
- De 19 a 36 meses
- Más de 37 meses

11. NÚMERO DE HORAS QUE UD. CREE QUE DEDICA DIARIAMENTE AL CUIDADO

- Menos de 6 horas
- De 7 a 12 horas
- De 13 a 23 horas
- 24 Horas

12. ÚNICO CUIDADOR

- Si
- No

13. APOYOS CON QUE CUENTA _____

14. RELACIÓN CON LA PERSONA CUIDADA:

- Esposo (a)
- Madre – Padre
- Hijo (a)
- Abuelo (a)
- Amigo (a)
- Otro. ¿Cuál? _____

ANEXO 2: Cuestionario Confort Holístico (Familia)

Muchas gracias por ayudarnos en este estudio. A continuación se presentan los estados que pertenecen a su comodidad en estos momentos. Cuatro números se proporcionan para cada pregunta, donde 4 es Totalmente de Acuerdo, 3 De acuerdo, 2 En desacuerdo, 1 Totalmente en desacuerdo. Encierre en un círculo el número que piensa más se ajuste a tus sentimientos. Relacionar estas preguntas para su comodidad en el momento en que está respondiendo a las preguntas.

Cuestionario Confort Holístico (Familia)				
ITEMES	Totalmente Deacuerdo	DeAcuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Tenemos suficiente privacidad	4	3	2	1
2. Hay con quienes puedo contar cuando necesito ayuda.	4	3	2	1
3. Me preocupo por mí ser querido. (-)	1	2	3	4
4. Mis creencias me dan tranquilidad.	4	3	2	1
5. Nuestras/os enfermeras/os me dan esperanza.	4	3	2	1
6. Este entorno es placentero.	4	3	2	1
7. Tengo dificultad para descansar.	1	2	3	4
8. Nadie me entiende. (-)	1	2	3	4
9. Me siento en paz.	4	3	2	1
10. Me da miedo dormir. (-)	1	2	3	4
11. No me gusta estar aquí. (-)	1	2	3	4
12. Tomamos la decisión correcta cuando elegimos esta institución.	4	3	2	1
13. Esta habitación me da miedo.(-)	1	2	3	4
14. Tengo miedo de lo que va a pasar. (-)	1	2	3	4
15. Me gusta que la habitación de mí ser querido este silenciosa.	4	3	2	1
16. Nos gustaría ver al médico con mayor frecuencia.	1	2	3	4
17. La temperatura en esta habitación está bien.	4	3	2	1
18. Puedo superar esta situación.	4	3	2	1
19. El ambiente aquí es deprimente.	1	2	3	4

(-)				
20. Necesito una silla o cama confortable.	1	2	3	4
21. Me siento fuera de lugar aquí. (-)	1	2	3	4
22. Siento que tengo la suficiente fuerza como para hacer cosas por mí ser querido.	4	3	2	1
23. Pienso en los malestares de mí ser querido constantemente.	1	2	3	4
24. Me siento confiado espiritualmente.	4	3	2	1
25. Tengo que estar mejor informado sobre el estado de mi ser querido.	4	3	2	1
26. Me siento impotente por la salud de mi ser querido	1	2	3	4
27. Estamos bien con nuestras relaciones personales.	4	3	2	1
28. Esta habitación huele a fresco.	4	3	2	1
29. Soy capaz de decirle a la gente lo que necesito.	4	3	2	1
30. Estoy deprimido.(-)	1	2	3	4
31. Hemos encontrado sentido a esta experiencia.	4	3	2	1
32. Mis Amigos me recuerdan con llamadas a celular y mensajes por las diferentes redes sociales (WhatsApp, Facebook.etc.)	4	3	2	1
33. El estado mental de mi ser querido me hace sentir triste.	1	2	3	4
34. Pienso mucho en el futuro.	1	2	3	4
35. Mi ser querido está limpio y seco.	4	3	2	1
36. Estoy preocupado por las finanzas. (-)	1	2	3	4
37. Mi Dios me ayuda.	4	3	2	1

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ mayor de edad e identificado (a) con cédula de ciudadanía número _____ con domicilio en la ciudad de _____ dirección _____ y teléfono _____

Declaro:

Que luego de la explicación realizada por estudiantes de enfermería de la universidad de Cartagena acerca de la investigación a realizar sobre **CONFORT EN CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRONICA**, autorizo participar en dicha investigación y en todas las actividades relacionadas con esta.

Dado en Cartagena de indias a los _____ días del mes de _____ 2019

Firma del cuidador

Tabla 2. Características sociodemográficas de cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas, Cartagena 2019.

	ITEMS	N	%
Genero	Femenino	324	79,6
	Masculino	83	20,4
Edad del cuidador	De 18 a 35	173	42,5
	De 36 a 59	197	48,4
	Mayor de 60	37	9,1
Edad del paciente respecto al cuidador	Mayor que el rango de edad del cuidador	316	77,6
	Del mismo rango de edad del cuidador	20	4,9
	Menor que el rango de edad del cuidador	71	17,4
Sabe leer y escribir	Si	394	96,8
	No	13	3,2
Escolaridad	Primaria Incompleta	55	13,5
	Primaria Completa	29	7,1
	Bachillerato Incompleto	73	17,9
	Bachillerato Completo	146	35,9
	Técnico	60	14,7
	Universidad Incompleta	12	2,9
	Universidad Completa	32	7,9
	Ninguna Escolaridad	0	0
Estado civil	Soltero	160	39,3
	Casado	60	14,7
	Separado	15	3,7
	Viudo	21	5,2
	Unión Libre	151	37,1
Ocupación	Hogar	191	46,9
	Empleado	90	22,1
	Trabajo Independiente	104	25,6
	Estudiante	14	3,4
	Otro	8	2,0

Nivel socioeconómico	1	263	64,6
	2	120	29,5
	3	23	5,7
	4	1	,2
	5	0	0
Cuida a la persona a su cargo desde el momento del diagnóstico	Si	356	87,5
	No	51	12,5
Tiempo de Cuidador	De 0 a 6 meses	155	38,1
	De 7 a 18 meses	130	31,9
	De 19 a 36 meses	39	9,6
	Más de 37 meses	82	20,1
N° de horas que dedica diariamente al cuidado	Menos de 6 horas	39	9,6
	De 7 a 12 horas	225	55,3
	De 13 a 23 horas	58	14,3
	24 horas	85	20,9
Único cuidador	Si	142	34,9
	No	265	65,1
Apoyo con que cuenta	Económico	25	6,1
	Familiar	284	69,8
	Familiar-Económico	18	4,4
	Ninguno	80	19,7
Relación con la persona cuidada	Esposo (a)	39	9,6
	Madre - Padre	167	41,0
	Hijo (a)	102	25,1
	Abuelo (a)	32	7,9
	Otro	67	16,5

Fuente: Base de datos encuestas.

Tabla 3 Respuestas al Confort Holístico (Familia) Frecuencia de Ítems que influyeron en el confort de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas, Cartagena 2019.

ITEMS	Totalmente De acuerdo	%	De Acuerdo	%	En Desacuerdo	%	Totalmente en desacuerdo	%
3. Me preocupo por mí ser querido.	373	91,6	31	7,6	0	0	3	0,7
4. Mis creencias me dan tranquilidad.	339	83,3	65	16	3	0,7	0	0
5. Nuestras/os enfermeras/os me dan esperanza.	12	2,9	154	37,8	21	5,2	220	54,1
7. Tengo dificultad para descansar.	195	47,9	100	24,6	47	11,5	65	16
16. Nos gustaría ver al médico con mayor frecuencia.	310	76,2	82	20,1	4	1	11	2,7
20. Necesito una silla o cama confortable.	360	88,5	27	6,6	15	3,7	5	1,2
23. Pienso en los malestares de mí ser querido constantemente.	298	73,2	87	21,4	19	4,7	3	0,7
24. Me siento confiado espiritualmente.	343	84,3	61	15	0	0	3	0,7
36. Estoy preocupado por las finanzas. (-)	269	66,1	66	16,2	10	2,5	62	15,2
37. Mi Dios me ayuda.	395	97,1	12	2,9	0	0	0	0

Fuente: Base de datos encuestas

Tabla 4. Promedio e ítems de las dimensiones de confort de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas, Cartagena 2019.

Tipos Dimensión	Alivio	Tranquilidad	Transcendencia	Total	Ítems
Física	28.7	28	43.2	100%	7,22
Social	22.5	36	41.6	100%	2,12,16,25,27,29, 32,36
Psicoespiritual	28	31.2	40.8	100%	3,4,5,8,9,10,11,13 ,14,18,19,21,22,2 3,26,30,31,33,34, 37
Ambiental	42.7	43.1	14.2	100%	1,6,15,17,20,28,3 5
Promedio/ tipo de confort	30.5	34.5	34.9	100%	

Fuente: Base de datos encuestas