

**COMODIDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CANCER EN DOS
INSTITUCIONES HOSPITALARIAS, CARTAGENA**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
AMPARO MONTALVO PRIETO
ENFERMERA**

**COINVESTIGADORES
BORIS VLADIMIR CABRERA NANCLARES
JOSE GREGORIO CONTRERAS RESTREPO
SANDRA MILENA QUIÑONEZ ARRIETA
EILEEN JULLIETH SALEM GONZALEZ
CAROLAY DE JESUS SERPA RICARDO**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA**

2013

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS

LISTA DE ANEXOS

RESUMEN

ABSTRACT

1.	
INTRODUCCIÓN.....	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
3. OBJETIVOS	
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	10
4. JUSTIFICACIÓN.....	12
5. MARCO TEÓRICO	
5.1. CÁNCER.....	15
5.2. SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN.....	16
5.3. COMODIDAD.....	19
6. METODOLOGÍA	
6.1. TIPO DE ESTUDIO.....	20
6.2. POBLACIÓN.....	20
6.3. MUESTRA.....	20
6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	20
6.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
6.6. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	21
6.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	22

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	22
8. ESTRATEGIA DE DIVULGACIÓN.....	22
9. RESULTADOS.....	23
10. DISCUSIÓN.....	29
11. CONCLUSIONES.....	32
12. RECOMENDACIONES.....	32
13. BIBLIOGRAFÍA.....	31
14. ANEXOS.....	35

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Estructura taxonómica del confort de Kolcaba

TABLA 2. Distribución de ítems por dimensiones del confort

Tabla 3. Dimensiones y tipos de confort de Kolcaba en los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias, Cartagena

Tabla 4. Aspectos que miden de la dimensión física en los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias, Cartagena

Tabla 5. Aspectos que miden de la dimensión social en los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias, Cartagena

Tabla 6. Aspectos que miden de la dimensión psicoespiritual en los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias, Cartagena

Tabla 7. Aspectos que miden de la dimensión ambiental en los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias, Cartagena

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Encuesta de características sociodemográficas y personales.....	42
ANEXO 2. Cuestionario general sobre la comodidad (KOLCABA KY, 1991).....	43
ANEXO 3. Declaración de consentimiento informado para la participación en estudio.....	45
ANEXO 4. Tablas de resultados.....	

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de comodidad de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones de salud, Cartagena.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal, con una población accesible constituida por pacientes con cáncer hospitalizados en dos instituciones Hospitalarias de Cartagena, la recolección de la información se hizo con una muestra de 180 pacientes en estas dos instituciones. Se utilizó 2 instrumentos para la recolección de la información: el primer instrumento es una encuesta socio-demográfica y el cuestionario general de comodidad.

Resultado: Participaron 180 pacientes, promedio de edad 50 años (D.E.= 18,7). El sexo que predominó fue el masculino, con la representación de 95 hombres, es decir, el 52.8% del total de la población encuestada. El tipo de confort que predominó en la dimensión física, social y ambiental es la trascendencia con porcentajes de 99.4%, 100% y 51.1% respectivamente. Con respecto a la dimensión psicoespiritual el tipo de confort predominante es la tranquilidad donde se encuentran un 61,7%.

Conclusiones: El nivel de comodidad general reportado fue la trascendencia que se constituye en el mejor estado de confort que puede alcanzar una persona que está afectada por una enfermedad crónica, en este caso el cáncer.

Palabras claves: *Cáncer, Hospitalización, Comodidad. Fuente: (DeCs).*

ABSTRACT

Objective: Determine the level of comfort of hospitalized cancer patients in two health institutions, Cartagena.

Methods: Transversal descriptive study was undertaken with an accessible population consisted of patients with cancer hospitalized in two hospitals in Cartagena, the data collection was done with a sample of 180 patients in these two institutions. 2 instruments for data collection was used: the first instrument is a socio-demographic questionnaire survey and overall comfort.

Results: Involved 180 patients, average age 50 years (SD = 18.7). The sex was male dominated, with men representing 95, ie 52.8% of the surveyed population. The predominant type of comfort in the physical, social and environmental dimension is transcendence with percentages of 99.4%, 100% and 51.1%, with respect to psycho-spiritual dimension the predominant type of comfort is the tranquility which are 61.7 %.

Conclusions: The level of overall comfort was reported transcendence that is in the best comfort that can reach a person who is affected by a chronic illness, in this case cancer

Keywords: *Cancer, Hospitalization, Convenience. Source: (DeCs).*

INTRODUCCIÓN

El Ser Humano es más que una entidad biológica, es espíritu, alma, conciencia, mente, emociones y sentimientos, que, para expresarse, requiere de un cuerpo, y se manifiesta en distintos planos, niveles y vibraciones (1). El individuo, es una totalidad imposible de separar en sus dimensiones, ya que no es fácil establecer cuánto influye una sobre las otras o cuánto depende la una de las otras frente al proceso salud-enfermedad (2).

La presencia de una enfermedad modifica esta perspectiva, en el caso de la enfermedad crónica, ésta puede afectar las diferentes etapas del ciclo vital humano; entre las que se destacan las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer, siendo esta última una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el mundo (3, 4).

Por otra parte el confort o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consistente en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad alivio, tranquilidad y trascendencia, incluidos en cuatro contextos: social, psicoespiritual, ambiental y físico (5).

Este trabajo de investigación aporta información significativa para la profesión de enfermería; estimula el interés de próximas investigaciones orientadas a determinar el nivel de comodidad de los pacientes hospitalizados con cáncer, ya que es importante que las intervenciones de enfermería estén encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, dando un giro total al enfoque del cuidado biológico y pasando a un enfoque centrado en el paciente y su familia; debido a que el fenómeno de la comodidad y la relación que se establece con las personas que necesitan asistencia en unidades clínicas, es algo positivo, que se logra como consecuencia de los cuidados de comodidad terapéuticos que los enfermeros ofrecen y que tienen como consecuencia la mejora del estado de salud de los mismos (6).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El individuo, como se mencionó, es una totalidad imposible de separar en sus dimensiones, ya que no es fácil establecer cuánto influye una sobre las otras o cuánto depende la una de las otras frente al proceso salud-enfermedad (2). La presencia de una enfermedad modifica esta perspectiva, en el caso de la enfermedad crónica, ésta puede afectar las diferentes etapas del ciclo vital humano, esta condición puede ser considerada un estado o un proceso. Como un estado, se caracteriza por la indisposición e incapacidad asociada a la presencia de una alteración patológica prolongada e irreversible, que implica incapacidad residual. Como un proceso, hace referencia al deterioro progresivo vivido de manera única y total por cada una de las personas, familias y grupos que la asumen (3).

Para la OMS la carga mundial de enfermedades no transmisibles sigue aumentando; hacerle frente constituye uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI. Se prevé que el total de defunciones por enfermedades no transmisibles aumente otro 17% en los próximos 10 años. El rápido aumento de la incidencia de estas enfermedades afecta de forma desproporcionada a las poblaciones pobres y desfavorecidas y agrava las desigualdades en materia de salud entre los países y dentro de ellos. Teniendo en cuenta que las enfermedades no transmisibles son, en gran medida, prevenibles, el número de muertes prematuras se puede reducir considerablemente (7).

Por ser las enfermedades crónicas trastornos mórbidos de origen multicausal que se presentan por períodos largos de tiempo que, en algunos casos, se constituye de carácter permanente, provoca en las personas que la padecen y en sus familias modificaciones en el estilo de vida y en la dinámica familiar, generando además sentimientos relacionados con ese proceso de cuidar, como amor, impotencia, pena, alivio, culpa, vergüenza por la dependencia de sí y del otro (8).

Entre las enfermedades crónicas destacan las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Las discapacidades visuales y la ceguera, los defectos de audición y la sordera, las enfermedades bucodentales y los trastornos genéticos son otras afecciones crónicas que representan una porción sustancial de la carga mundial de morbilidad. El cáncer es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el mundo (4).

Para la OMS el cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos,

proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (9).

Las proyecciones de las cifras de incidencia de cáncer indican un incremento futuro de estas cifras en todo el mundo, los cambios más conspicuos en países en vías de desarrollo pueden ser atribuidos en gran parte al envejecimiento de la población. Este envejecimiento es heterogéneo, se está produciendo a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países desarrollados, ocurre en un contexto caracterizado por una gran incidencia de la pobreza y una persistente y aguda inequidad social (10).

Según la OMS el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; en 2008 se le atribuyeron 7,6 millones de muertes (aproximadamente, el 13% del total). Los cánceres que causan un mayor número anual de muertes son los de pulmón, estómago, hígado, colon y mama. Alrededor del 72% de todas las muertes por cáncer registradas en 2008 se produjeron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que las muertes por cáncer a nivel mundial seguirán aumentando: en 2030 serán, según las previsiones, unos 12 millones (9).

En un estudio realizado por la Comisión Europea sobre salud pública en 2008, se encontró que 2,5 millones de personas fueron diagnosticadas con cáncer en la Unión Europea anualmente y que el cáncer es la segunda causa más común de muerte en la Unión (29% de las muertes de hombres o 3 de cada 10 muertes, 23% para las mujeres y 2 de cada 10 muertes) una cifra que se espera aumente debido a la envejecimiento de la población europea (11).

Para la Organización Panamericana de la salud se estima que cada año en América Latina y el Caribe hay alrededor de 900.000 nuevos casos, 542.000 muertes, y más de 2 millones de personas que conviven con el cáncer (12).

En Colombia según la liga Colombiana contra el cáncer en un estudio realizado en el año 2008 se encontró una incidencia anual del cáncer de 17420 casos para los hombres y 21395 casos para las mujeres. Anualmente 10505 hombres y 10184 mujeres mueren a causa de diversos tipos de cáncer, siendo el de próstata y el de mama los cánceres con más incidencia (13). En un estudio realizado en el 2006 por parte del Instituto Nacional de cancerología en el departamento de Bolívar hay una incidencia anual de 1057 casos para hombres y 1214 casos para mujeres, siendo próstata y mama los de mayor incidencia (14).

Según el estudio de registro poblacional de cáncer en Cartagena de Indias 2003 hay una incidencia anual de 2065 casos distribuidos con un 62% en las mujeres y un 38% en hombres (15).

Cuando el diagnóstico que se recibe es de cáncer, puede suponer una importante crisis vital por los sentimientos que se generan dentro del propio paciente, las reacciones que se producen en su entorno, el estigma social de muerte y dolor que tiene asociado, y las frecuentes conspiraciones de silencio adoptadas en las familias. Estos pactos de silencios se deben, en muchos casos, a condicionantes socioculturales y a no saber cómo manejar las emociones asociadas a esos duros momentos, pero no suelen ser conductas adaptativas a la situación. A la capacidad de resistir y crecer ante las adversidades se la conoce como resiliencia, y supone un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad (16).

El paciente oncológico, llamado comúnmente enfermo de cáncer, tiene características muy especiales desde el momento que se le da el diagnóstico, puesto que su reacción inicial es de miedo; no solo por la enfermedad, sino por el estigma que se le ha dado a este tipo de enfermedades, piensa que ya está próximo a su muerte, sumándole a esto los pacientes oncológicos hospitalizados padecen de insomnio lo que genera irritabilidad e incapacidad de concentrarse, debilidad tanto física como mental, depresión y ansiedad ocasionando en ellos incomodidad en todas las esferas que componen su cuerpo (17, 18).

La hospitalización en los pacientes con cáncer, ocasiona dificultades en la familia, por la necesidad de que un familiar lo acompañe, lo que ha originado tanto en él como en su familia un gran estrés e interrumpe su función familiar; en situaciones contrarias, la familia queda aislada y desinformada acerca de su pariente y no se le tiene en cuenta para el cuidado del mismo (19). La hospitalización ocasiona un discomfort en todo el grupo familiar, lo que afecta su comodidad, la cual es un factor importante y relevante para el bienestar de un paciente y de su familia.

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 es valorada de acuerdo a las creencias y a las situaciones de cada persona (19). Al definir el concepto de comodidad, Katherine Kolcaba, realizó una revisión de términos 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. Kolcaba encontró tres sentidos de la comodidad, desarrollados en cuatro contextos. El sentido de tranquilidad que hace referencia a la persona entera, a la comodidad en la mente y en el cuerpo, estado de satisfacción y un estado positivo (19).

Es por lo anterior que Kolcaba consideró, que las intervenciones de enfermería deben estar encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, dando un giro total al enfoque del cuidado biológico y pasando a un enfoque centrado en el paciente y su familia. Esta

concepción da paso, a hospitales más humanos y cálidos, donde la familia y el paciente se sientan como en su hogar y la situación de enfermedad no sea tan notoria. Esto se puede lograr involucrando a la familia en el cuidado del paciente, para que sea un miembro activo y no sólo un visitante pasivo (19).

El fenómeno de la comodidad y la relación que se establece con las personas que necesitan asistencia en unidades clínicas, es algo positivo, que se logra como consecuencia de los cuidados de comodidad terapéuticos que las enfermeras ofrecen y que tienen como consecuencia la mejora del estado de salud de los mismos (6).

De acuerdo a las condiciones del cuidado de enfermería brindado al paciente y su familia y a las condiciones necesarias de comodidad planteadas por Kolcaba para los pacientes oncológicos, el grupo de investigación se planteó la siguiente pregunta de investigación **¿Cuál es el nivel de comodidad de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias?**

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de comodidad de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones de salud, Cartagena

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir perfil sociodemográfico de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones de salud, Cartagena
- Determinar el nivel de comodidad física de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones de salud, Cartagena.
- Determinar el nivel de comodidad social de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones de salud, Cartagena.
- Determinar el nivel de comodidad psicoespiritual de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones de salud, Cartagena.
- Determinar el nivel de comodidad ambiental de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones de salud, Cartagena.

JUSTIFICACIÓN

La comodidad consiste en una experiencia inmediata y holística que concierne de manera general a todo los profesionales de la salud, especialmente a la disciplina de enfermería que gracias a la satisfacción de las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia ya sea en el contexto social, físico, ambiental y psicoespiritual influyen en la comodidad; de tal manera se asocia con la actividad de cuidado que se le brinda al paciente.

Kolcaba en las fuentes teóricas del confort, conceptualiza la comodidad abordando las necesidades para tres tipos de confort (Alivio, Tranquilidad y Trascendencia) y la desarrolla en cuatro contextos diferentes (Físico, Psicoespiritual, Social y Ambiental), razón por la cual se entiende que la responsabilidad de brindar comodidad no es solo de la disciplina de enfermería, sino que es un trabajo en conjunto con las corporaciones, hospitales e instituciones prestadoras de servicios, las cuales deben poseer unas cualidades completas, razonables, rectas, éticas y sinceras, que muestren integridad, con el fin de poder generar inicialmente un mejor servicio, de atención para los receptores de cuidado, de prácticas para los estudiantes y de políticas para la institución (5).

Por otro lado, el proceso de la hospitalización en las personas con alguna alteración de salud, ocasiona disconfort no solo en el paciente, sino también en la familia, quien maneja un gran estrés e incertidumbre al quedar en ocasiones aislados y desinformados de su pariente (19).

Con respecto a todo lo mencionado la realización de esta investigación es importante para:

Enfermería, debido a que en el mundo tecnológico actual en que nos encontramos, la misión histórica de la disciplina de confortar a los pacientes y a los familiares debe ser aún más importante, ya que el confort actúa como antídoto contra los factores de estrés inherentes en situaciones sanitarias de hoy, y cuando el confort mejora, pacientes y familias salen reforzados frente a las tareas que tienen por delante. Además el solo hecho de brindar comodidad, hace que las enfermeras se sientan más satisfechas con los cuidados que prestan (5).

La investigación, debido a que la aplicación de la teoría del confort proporciona una forma de validar la comodidad brindada a los pacientes después de recibir intervenciones de confort, tanto por parte de los cuidadores, como por parte de las corporaciones, hospitales e instituciones prestadoras de servicios. Además también enriquece el contexto teórico de esta temática para la disciplina de enfermería en nuestro idioma.

Los pacientes, debido a que son ellos los que experimentan el estado de confort de las intervenciones de cuidado brindadas; y a medida que su necesidad de comodidad sea satisfecha, aumentaran sus posibilidades de recuperación.

Las instituciones prestadoras de servicio, debido a que cualquier cambio en las condiciones e influencias externas al paciente que mejoren su entorno, colaboran para su optima rehabilitación.

MARCO TEÓRICO

Cáncer

El cáncer no es una sola enfermedad: es el nombre de una variedad de, por lo menos, cien enfermedades muy distintas entre sí y que se produce por el crecimiento anormal y desordenado de las células del cuerpo. Esto es causado por alteraciones celulares ocurridas cuando la clave cromosómica genética ha sido alterada, por lo que las células reciben mensajes erróneos. La célula cancerosa pierde el control de su propio desarrollo, de modo que se divide en más células a mayor velocidad que el resto de tejidos a los que pertenece, sin cumplir las funciones para las que ha sido creada (20).

Según la OMS (9): El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13% del total) ocurridas en todo el mundo en 2008. Más del 70% de las defunciones por cáncer se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones por cáncer siga aumentando en todo el mundo y supere los 13,1 millones en 2030 (9). Los principales tipos de cáncer son los siguientes:

Pulmonar (1,37 millones de defunciones);

Gástrico (736 000 defunciones);

Hepático (695 000 defunciones);

Colorrectal (608 000) defunciones;

Mamario (458 000 defunciones);

Cervico-uterino (275 000 defunciones).

La OMS, plantea que los enfermos de cáncer, además del alivio y control de sus síntomas (necesidades fisiológicas) necesitan seguridad (buscar en quien apoyarse), sentimientos de pertenencia (demostrar que no es una carga, que son útiles y que forman parte de un grupo), sentirse queridos, recibir afecto y contacto humano más que otros enfermos (necesidad de amor). Agradecen la comprensión y aceptación de los demás a pesar de los cambios físicos y psíquicos que sufren. Precisan saber que son importantes a pesar de su enfermedad (autoestima) y que el entorno (familia, amigos y profesionales que le atienden) va a estar con ellos (confianza). Evidentemente, el paciente estará más dispuesto a transmitir y comunicar sus necesidades emocionales y espirituales cuando experimente alivio de los síntomas fisiológicos más molestos y encuentre que el profesional o el equipo sanitario sean sensibles a las mismas, interesándose por otros elementos que completen su bienestar (21).

Por ser el cáncer un problema de salud que afecta a los pacientes en todas las esferas de la vida pero, fundamentalmente en el orden psicológico, el personal de enfermería encargado de su atención, debe estar bien preparado y saber de las complicaciones o problemas de salud que se pueden derivar para hacer más efectiva su influencia sobre las pacientes y ayudarlas a vivir con su enfermedad (22). Tener cáncer, no sólo implica miedo a la enfermedad sino también al propio tratamiento y sus efectos secundarios. Es importante intentar borrar los miedos de la mente porque el miedo provoca ansiedad y ésta puede hacer que las reacciones al tratamiento sean peores (23).

Es frecuente la percepción de pérdida de la salud y de la vida, de la identidad, de la imagen habitual, del control de los acontecimientos, de la autoestima, de las relaciones significativas, del estilo de vida habitual, de un proyecto vital o de futuro, del sentimiento de igualdad de condiciones y del esquema de valores prioritarios. Esta experiencia subjetiva de pérdida genera un gran sufrimiento y disconfort en el paciente (24).

El dolor en los pacientes con cáncer se manifiesta en un tercio de los enfermos que se encuentran en tratamientos activos y en dos terceras partes de quienes se encuentran en fase avanzada de la enfermedad (24). Santos (25) en su estudio de 2.000 pacientes con cáncer, manifiesta que la mayoría de ellos no recibe un alivio satisfactorio del dolor. Además, en el cáncer avanzado, a la sensación de desesperanza y al miedo de una muerte inminente se suma el sufrimiento del paciente como consecuencia del dolor no tratado. Bajo estas circunstancias, el concepto de "dolor total" resulta de gran ayuda, dado que tiene en cuenta los factores psicológicos, espirituales, sociales, económicos y los propios del proceso, lo que afecta todas las dimensiones del paciente, produciéndose incomodidad y disconfort.

El cáncer como enfermedad crónica impone estrictas e inmediatas demandas a la totalidad del sistema familiar. La naturaleza exacta de estas demandas varía dependiendo de la severidad del proceso de la enfermedad, del grado y tipo de incapacidad (sensorial, motora o cognitiva), percepción interna o externa de la deformación (cirugía del rostro, mastectomía, colostomía), de la severidad en el pronóstico de vida, del curso de la enfermedad crónica (con recaídas o progresiva) (26).

Para Moreira en su estudio uno de los aspectos que más producen disconfort en un paciente es el padecimiento familiar, debido a que la familia del paciente también pasa por varias transformaciones y por el enfrentamiento de la muerte. Esa interacción entre el paciente y su familia es una relación compleja, donde el enfermo sufre con las alteraciones de la familia y la familia sufre con las del enfermo (27).

Servicios De Hospitalización

Ante cualquier situación (del tipo que sea) los organismos tienden a responder; en este caso, la enfermedad suele ser catalogada y sentida como un agente estresante importante, y si a ello se le suman los efectos de la intervención, de la medicación, la disconformidad que se tiene ante la aparición de una enfermedad que obliga a la hospitalización, las readaptaciones que requiere la misma, obtendremos toda una gama de respuestas tanto visibles como no visibles (subjetivas) que se refleja en la desubicación en el entorno hospitalario (28).

Las personas cuando presentan alguna clase de alteración en su salud se ven en la necesidad de permanecer hospitalizadas, originando tanto en ellas mismas como en su familia una gran incomodidad interrumpiendo su función familiar. La persona asume un papel pasivo, la familia queda aislada y desinformada acerca de su enfermo y no se toma en cuenta para su cuidado (29). La condición de hospitalización hace al individuo vulnerable a variados estímulos, no sólo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y relaciones que se establecen durante la hospitalización, en el que adopta o pasa a ser incluido en el "status" de paciente (30).

El paciente y su familia se encuentran en situación de desesperanza, soledad e impotencia; angustiados por el miedo al futuro y al dolor. Muchas veces estos sentimientos se ven exacerbados por el alto grado de complejidad técnica que los rodea y la falta de comunicación con el personal sanitario (31). Concientizarse de la repercusión psicológica que supone esta problemática obliga a los profesionales de la salud, principalmente a la enfermería, a plantearse un enfoque integral de cuidados del paciente. (31).

Para disminuir el impacto negativo de la hospitalización pueden emplearse varias estrategias, una de ellas por ejemplo, es hospitales más hogareños de tal forma que no afecte la seguridad del paciente durante la enfermedad aguda. De esta manera surge el Cuidado Cooperativo, donde el paciente y compañero de cuidado participan activamente durante la hospitalización, bajo un programa educativo de una enfermedad específica, ayudándolos a enfrentar la enfermedad y preparándolos para la salida posterior al hogar. Incluir al compañero de cuidado en el cuidado del paciente en el hospital, proporciona una nueva experiencia cambiando el modelo biológico de la medicina por un verdadero modelo familiar (19).

El bienestar de un paciente es fundamental, la comodidad, la seguridad, el sueño y el descanso son esenciales para la recuperación y la salud de las personas; enfermería debe identificar y valorar todas las situaciones que puedan ocasionar malestar e intentar planificar actividades que ayuden al paciente a encontrar el mejor estado para asegurar la

salud., la relación con el entorno y toda la polipatología hacen susceptible al paciente crítico de sufrir choques psicológicos al respecto (32).

Comodidad

La comodidad es una necesidad humana básica que las personas luchan por satisfacer, es un objetivo holístico deseable que concierne de manera general a todos los profesionales de la salud, especialmente a la disciplina de enfermería quien está obligada a prestar cuidado y atención a los detalles que influyen en la comodidad (5).

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 (6). Los relatos históricos de comodidad en enfermería son numerosos. Por ejemplo, Nightingale (1859) declaró: “Nunca debemos olvidarnos del objetivo de la observación. La observación no sirve para recopilar datos diversos y hechos curiosos, sino para salvar vidas y promover la salud y la comodidad” (5).

De 1900 a 1929, la comodidad era el centro de la enfermería y de la medicina, ya que a través de ella se llegaba a la recuperación (McIlveem y Morse, 1995); por eso la enfermera estaba obligada a prestar atención a los detalles que influyen en la comodidad del paciente. Aikens (1908) propuso que, a la hora de procurar la comodidad del paciente, no había que ignorar ningún detalle (6). Harmer 1926 afirmó que el cuidado enfermero consistía en proporcionar un ambiente general de comodidad, el cuidado personal incluye prestar atención a la felicidad, comodidad, tanto física como mental, además del descanso y sueño, nutrición, la higiene y la eliminación (5).

La práctica enfermera ancestralmente ha tenido como finalidad, proporcionar a las personas a través del cuidado el máximo bienestar y comodidad. Los cuidados holísticos de comodidad se ofrecen ante las respuestas complejas de los ciudadanos, y esto a su vez supone un comportamiento de búsqueda y aumento de salud (5).

Kolcaba en su web (www.thecomfortline.com) define los conceptos metaparadigmáticos de su teoría. Para ella, la Enfermería incluye la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de las medidas de comodidad para satisfacer las necesidades y la revaloración de ésta. El paciente es el receptor de cuidado, son individuos, familias, instituciones o comunidades que necesitan cuidados de salud. El entorno es cualquier aspecto del paciente, la familia o las instituciones que la enfermera o los familiares pueden manipular para que el paciente se sienta cómodo. La salud es el funcionamiento óptimo de un paciente, una familia o una comunidad, según la definición del propio paciente o grupo (33).

El proceso complejo que se produce ante cualquier enfermedad, transcurre paralelamente a la complicación de la propia vida de los sujetos, cuando estos se enfrentan a situaciones en la que se ven comprometidas sus necesidades de comodidad ante esta situación, se pone de manifiesto la verdadera potencialidad del ser humano, en la búsqueda de la restitución del orden que estas producen en los procesos vitales, emergiendo así las intervenciones de comodidad que permitan restituir el orden (6).

Las intervenciones de enfermería orientadas a proporcionar comodidad se plantea como elemento terapéutico, para el aumento de la comodidad del otro. Lo que se constituyen en el marco adecuado para potenciar y reestructurar las conductas saludables, que contribuyen a un mayor equilibrio estructural, es el marco teórico para brindar cuidado y comodidad (6).

Katherine 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, 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 (5).

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. 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 y la relación con un ser más alto; 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 (19, 33).

La teoría de la comodidad propone que, cuando los pacientes y sus familias están cómodos, tienen comportamientos de búsqueda de salud que incluyen comportamientos internos, externos o de una muerte pacífica. Esta definición ofrecía una maravillosa justificación para que las enfermeras conforten a los pacientes, porque los pacientes estarían mejor y las enfermeras se sentirían más satisfechas, ya que la comodidad es algo positivo y se consigue con la ayuda de la enfermera y, en algunos casos, indican la mejoría de una enfermedad o

de un estado previo. Intuitivamente la comodidad se asocia con la actividad del cuidado (19, 33).

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 aumento de comodidad es un dialogo de presencias, que se produce cuando dos personas se encuentran y están permeables para obtener beneficios recíprocos (19).

Desde el principio, Kolcaba explico sus características principales y, a partir de la ergonomía, la relación directa que se establecía entre la comodidad y la realización de una tarea. Sin embargo, su significado suele estar implícito, oculto en el contexto, y suele resultar ambiguo. El contexto varia semánticamente según sea el verbo, nombre, adjetivo, adverbio, proceso o resultado (5).

La teoría de la comodidad, según la propia Kolcaba, tiene como ventajas que:

Su lenguaje es universal y sus conceptos son entendidos y usados en la vida diaria por legos, profesionales de todas las disciplinas y el personal auxiliar.

Es utilizada por muchas personas en la atención de salud.

Proporciona la clave para mejorar la calidad, facilita la comodidad de pacientes, permite la revisión de funcionamiento de la institución, mejora el ambiente laboral y facilita la investigación de resultados tanto de los pacientes como de las instituciones.

Ha permitido el desarrollo de directrices de práctica clínica esenciales para la puesta en práctica de las mejoras.

Habla de la comodidad de enfermeras y de los directivos de enfermería.

El aumento de la comodidad es holístico y altamente valorado por los pacientes y sus familias.

Ha facilitado la creación de protocolos para evaluar la comodidad de las enfermeras y hacer a diario asignaciones de trabajo al enfermero basadas en las necesidades de comodidad de los pacientes.

Está avalado por la asociación americana de enfermeras de cuidados críticos y la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations en cuanto a la mejora de ambiente de trabajo para enfermeras.

La teoría ha sido calificada por Dowd como sencilla, dado que vuelve al cuidado básico enfermero, posee un lenguaje y una aplicación sencillos y no impide su uso en ambientes muy especializados (33).

METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Es de tipo Descriptivo Transversal con abordaje cuantitativo.

6.2 POBLACION

POBLACION DIANA:

La población diana estuvo constituida con pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de instituciones hospitalarias de Cartagena.

POBLACION ACCESIBLE:

La población accesible estuvo constituida con pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de dos instituciones hospitalarias de Cartagena.

6.3 MUESTRA:

Se incluyó todos los pacientes con diagnóstico de cáncer, hospitalizados en la clínica de Comfamiliar y en el Hospital Universitario del Caribe. Que fueron alrededor de 180 pacientes Según datos suministrados por la oficina de estadísticas de las dos instituciones.

Nombre de la institución	Nº de pacientes con cáncer hospitalizados por trimestre
Hospital Universitario Del Caribe	120
Clínica Comfamiliar	60
TOTAL	180

Fuente: Datos estadísticos de las dos instituciones

6.4. CRITERIOS DE INCLUSION:

- Paciente adultos hospitalizado por más de dos días en una unidad oncológica en instituciones de Cartagena
- Paciente que se encuentra estable
- Paciente que este en capacidad de responder las preguntas del cuestionario.
- Que deseen participar en el estudio.

6.5. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Paciente con cáncer hospitalizado en unidad oncológica que no deseen participar en el estudio
- Paciente en fase terminal

6.6. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Además de cumplir con los criterios de inclusión, al paciente se le aplico 2 instrumentos para la recolección de la información: el primer instrumento fue una encuesta socio-demográfica (Anexo 1) y el cuestionario general sobre la comodidad (Anexo 2). La encuesta socio-demográfica fue diseñada por los investigadores y consta de 14 ítems con los cuales se recolectaron información sobre características socio demográfica tales como; nivel socioeconómico, escolaridad, estado civil, ocupación; características socioculturales (religión, escolaridad), geográficos (lugar de procedencia) características relacionadas con la patología, tales como diagnóstico, tiempo que lleva con la patología y hospitalizaciones previas.

El cuestionario general sobre la comodidad (Anexo 2), es una herramienta diseñada para ser usado por enfermería, en la valoración de la comodidad en los pacientes hospitalizados. Es una encuesta de evaluación tipo likert que consta de 28 ítems los cuales se miden en una escala de 1 a 4, que va desde totalmente de acuerdo 4, de acuerdo 3, en desacuerdo 2 y totalmente en desacuerdo 1. Los cuales han sido agrupados teniendo en cuenta los 3 tipos de confort estipulados por Kolcaba de la siguiente manera 1 para alivio, 2 y 3 para tranquilidad y 4 para trascendencia, facilitando así el análisis de los resultados. Esta escala evalúa la comodidad en 4 dimensiones, física, social, psico-espiritual y ambiental, circunscritas estas dimensiones a los tipos de alivio, tranquilidad y trascendencia (Tabla 1). Para esta investigación los ítems que corresponden a cada dimensión se presentan en la Tabla 2, cuyo resultado ha sido invertido, exceptuando los ítems 4, 5, 6, 18, 22, 26 y 28. Dichas tablas han sido analizadas de manera individual según los aspectos evaluados en cada dimensión con el fin de valorar cuantas de las personas encuestadas se encuentran en los tipos de comodidad más bajo y más alto.

La confiabilidad del cuestionario general de comodidad está presentada en el coeficiente alfa de Cronbach es de 0,9, siendo utilizado en grupos de pacientes de oncología, médico-quirúrgicos, psiquiátricos y comunitarios (19).

TABLA 1. Estructura taxonómica del confort de Kolcaba

Tipos / Dimensión	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Física			
Social			
Psicoespiritual			
Ambiental			

Fuente: Estructura taxonómica del confort de Kolcaba Tomado de Comfort Theory and Practice (34).

TABLA 2. Distribución de ítems por dimensiones del confort.

Tipos / Dimensión	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia	Ítems
Física				2,9,12,13,17, 18
Social				1,3,10,22
Psicoespiritual				4,5,6,8,15,16,21,23,24,26,27,28
Ambiental				7,11,14,19,20,25

Fuente: Adaptación por los autores del instrumento Cuestionario general de comodidad de la estructura taxonómica de la teoría del confort propuesto por Kolcaba.

6.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El Cuestionario general de comodidad tiene un puntaje mínimo total de 28 puntos y un puntaje máximo de 112 Para el análisis estadístico se estableció puntos de corte para cada una de la dimensiones en los tipo de alivio, tranquilidad y trascendencia. Para la dimensión física el punto de corte del tipo alivio fue de 0 a 6, tranquilidad de 7 a 12 y trascendencia fue de más de 12, para la dimensión social el punto de corte del tipo alivio fue de 0 a 4, tranquilidad 5 a 8 y trascendencia más de 8, para la dimensión psicoespiritual el punto de corte del tipo alivio fue 0 a 12, tranquilidad 13 a 24 y trascendencia más de 24 y para la dimensión ambiental el punto de corte para el tipo alivio fue de Alivio 0 a 6, tranquilidad 7 a 12, trascendencia más de 12. Ya diligenciados los datos se incorporó en una matriz creada en Microsoft Excel. Para el análisis se empleó el software estadístico Stata 10.0, con el cual se generaron estadísticas descriptivas sobre las características de los pacientes con cáncer hospitalizados, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes. Los datos sobre los niveles de comodidad encontrados se expresaron como medidas de frecuencia y prevalencia,

utilizando medidas de tendencia central, media, mediana y moda, varianza, desviación típica, con intervalos de confianza al 90%.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución 008430 de 1994 del Ministerio de Salud de Colombia , la investigación no ofrecerá riesgo para los participantes, no tendrá procedimientos o técnicas que puedan afectar a las personas es sus aspectos orgánicos o psicológicos, la incorporación a ella se hará de manera voluntaria, y después de una explicación precisa sobre los alcances y objetivos de la investigación. Se tendrá en cuenta y se cumplirá lo establecido en el artículo 5 y 8 de esta resolución donde se plantea que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. El consentimiento informado será firmado por escrito la persona que participará en la presente investigación y esta será una manifestación de acuerdo con el diligenciamiento de los instrumentos. Al participante de la presente investigación se le hará claridad de que se protegerá su privacidad y podrá retirarse del estudio cuando así lo considere. El manejo de la información mantendrá en reserva la identidad de las personas y de las instituciones participantes (35).

8. ESTRATEGIAS DE DIVULGACIÓN.

Se realizó un informe escrito del trabajo de grado el cual será sustentado a través de una presentación oral por parte de los estudiantes. Además, se socializaran los resultados con las autoridades competentes en materia de la salud en el distrito de Cartagena, se realizaran ponencias en congresos nacionales e internacionales. Por último, se realizara una publicación en una revista científica indexada.

9. RESULTADOS

Características Sociodemográficas

En el estudio participaron 180 pacientes hospitalizados en 2 instituciones de Cartagena, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en el estudio. El promedio de edad encontrado es de 50 años (D.E.= 18,7). El sexo que predominó fue el masculino, con la representación de 95 hombres, es decir, el 52.8% del total de la población encuestada.

En cuanto al estado civil predominó la unión libre con el 35.6%, seguido por soltero con 27.8% y luego casados con 24.4%. La religión que prevaleció es la católica representada por el 67.2%, seguida por la Evangélica 14,4% y los Testigos de Jehová con el 13,9%.

Con relación a la escolaridad, el 23,9% es bachiller, sin embargo es de resaltar que el 16,7% es analfabeta y solo el 0,6% y 1,7% de la población encuestada alcanzó un nivel de escolaridad Tecnológico y Universitario. En cuanto al estrato socioeconómico el 68.3 % pertenecen al estrato 1, el 27.8% al estrato 2, quedando en último lugar a los estratos 4 y 5 con el 0.6% donde se identificó una sola persona. En relación a la procedencia el 57,2% corresponde al sector urbano y el 42,8% al sector rural. Y con respecto a la afiliación la población relevante lo tiene el régimen subsidiado con un total de 125 pacientes correspondiente a 69,44%. **(Ve anexo tabla 3).**

Dimensiones y tipos de confort

Con base a los 3 tipos de confort estipulados por Kolcaba (alivio, tranquilidad y trascendencia), a los cuales circunscribe las dimensiones física, social, psicoespiritual y ambiental; se encontró que el tipo de confort que predomina en las dimensiones física y social es la trascendencia con porcentajes correspondientes de 99,4% y 100,0% respectivamente. En cuanto a la dimensión ambiental el tipo de confort predominante fue la trascendencia con un 51,1% y la tranquilidad con un 48,9%. Con respecto a la dimensión psicoespiritual el tipo de confort predominante fue la tranquilidad donde se encuentran un 61,7% y el alivio con un 38,3%, lo cual difiere de las dimensiones anteriores donde el tipo de confort predominante es la trascendencia.

Teniendo en cuenta lo anterior el nivel de comodidad general es la Trascendencia con un 99,4%. **(Ver anexo tabla 4).**

Dimensión física:

La dimensión física hace referencia a la condición fisiológica y homeostática del paciente implicando la relación entre el “ser” y su nivel corporal. Consta de 6 ítems, los cuales han sido evaluados teniendo en cuenta la escala del 1 al 4, en donde 1 corresponde a totalmente

en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo y 4 totalmente de acuerdo. Al preguntarle a los participantes acerca de si “El dolor que siento es difícil de soportar” se encontró que el 73.9% (sumatoria de columnas 1 y 2) se muestra en desacuerdo con este enunciado; con relación al ítem “No me siento bien de salud” el 57.5% respondió estar en desacuerdo con lo expresado y en cuanto a la pregunta “Estoy muy cansado” el 82.8% de la muestra manifestó estar en desacuerdo. A la pregunta “Estoy satisfecho” el 72.7% (sumatoria de columnas 3 y 4) de las personas del estudio respondieron estar de acuerdo con este ítem. **(Ver anexo tabla 5).**

Dimensión social:

Al revisar los aspectos que conforman la dimensión social de la comodidad (relaciones interpersonales, familiares y sociales), se encontró que el 56.6% del grupo de estudio manifiesta estar en desacuerdo cuando se le pregunta si “Existen personas a las que puedo acudir si necesito ayuda”; con relación al enunciado “Mis amigos demuestran que se acuerdan de mí al enviarme tarjetas, visitarme o llamarme por teléfono” el 76,1% de la población encuestada se muestra de acuerdo; con respecto a la pregunta “Me siento triste cuando estoy solo” el 76.7% respondió estar en desacuerdo con lo expresado, y el 70.5% de los participantes están en desacuerdo ante la afirmación “La situación en que estoy me preocupa”. **(Ver anexo tabla 6).**

Dimensión psicoespiritual:

La dimensión psicoespiritual consta de 12 ítems, que busca información acerca de los estados emocionales que influyen en la comodidad del paciente, se encontró que al preguntarle a los participantes acerca de “Nadie me comprende” se encontró que el 67.2% (sumatoria de columnas 1 y 2) se muestran en desacuerdo con este enunciado; con relación al ítem “Me aterra lo que va suceder” el 77.8% respondieron estar en desacuerdo con lo mencionado; y al expresar la afirmación del ítem “He tenido muchos cambios” el 76.1% de la población respondió estar en desacuerdo; ante el enunciado “Me siento incapaz de controlarme” el 70.6% de la muestra manifestó estar en desacuerdo.

Del total de personas encuestadas el 77.2% (sumatoria de columnas 3 y 4), a la pregunta “siento confianza conmigo mismo” respondió estar de acuerdo; en cuanto al ítem “Me da aliento saber que me quieren” se encontró que el 86.7% de los participantes afirmaron estar de acuerdo; con respecto a “Me siento en paz conmigo mismo”; el 74.4% de la muestra expresó estar de acuerdo con este enunciado. Ante la pregunta “Estoy deprimido” solo el 56.1% manifestó estar de acuerdo con el ítem y al revisar el punto “Le encontré significado a la vida” el 60% de los participantes expresaron estar de acuerdo. **(Ver anexo tabla 7).**

Dimensión ambiental:

La dimensión ambiental evalúa el contexto en que se encuentra el paciente y la manera en que este se interrelaciona con la situación actual del individuo. Al indagar en los pacientes sobre si “El ruido no me deja descansar” el 71.1% afirma estar en desacuerdo con este enunciado; con relación al ítem “No me gusta este lugar” el 56.1% de la población encuestada manifestó estar en desacuerdo; ante la afirmación “Esta habitación me asusta” el 68.4% responde estar en desacuerdo con lo mencionado, y al preguntarles sobre “Esta habitación huele muy mal” solo el 16.7% respondió estar en desacuerdo. **(Ver anexo tabla 8).**

10. DISCUSIÓN

En cuanto a las características sociodemográficas de los participantes del estudio se encontró que el promedio de edad fue de 50 años, dato similar al reportado por Payán (36) en un estudio exploratorio en el que participaron 50 pacientes con cáncer terminal y el promedio de edad fue de 52,6 años. Con respecto al sexo el 52,8% de la muestra pertenece al género masculino, contrario a lo citado por Gaviria (37) quien reporta que el 60,7% de los participantes fueron mujeres, en un estudio que evaluó la calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento del estrés y las emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico.

En los participantes del presente estudio predominó la unión libre en un 35.6%, seguido por los solteros en un 27.8% y los casados en un 24.4%, lo que concuerda con lo encontrado por Payán (36) en un estudio realizado a 50 pacientes con cáncer en estado terminal, donde predominó la categoría de participantes casados y en unión libre en un 58% y con menor predominio los participantes sin pareja en un 42%, en este estudio se concluye que el tener pareja fomenta el bienestar de los pacientes. La religión que prevaleció fue la católica representada por el 67.2% de los participantes, seguida por la evangélica con el 14,4% y los testigos de Jehová con el 13,9%, Barbosa (38) en un estudio constituido por una muestra de 61 pacientes con cáncer de un hospital universitario en la ciudad de Bogotá reporta que predominó en un 76,3% la religión Católica, mientras que el 20,3% corresponde a la religión Cristiana, en este estudio se concluyó que la religión se utiliza como estrategia de afrontamiento para este tipo de pacientes, debido al conjunto de ritos y costumbres propias de cada una.

Payán (36) reporta que el 54% de los participantes pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 y 2, el 34% de los participantes pertenecían a los estratos 3 y 4, y el 12% para los estratos 5 y 6; lo cual concuerda con lo reportado en el presente estudio en donde se encontraron porcentajes del 68.3% para el estrato 1, seguido por el estrato 2 con el 27.8% del total de los participantes, para los investigadores la condición socioeconómica reflejada en el estrato en que se encuentra el paciente es importante, debido a que las personas más pobres tienen menores oportunidades de acceder a tratamiento y atención.

El 57,2% de los participantes del presente estudio reside en el sector urbano, información similar reporta Gómez (39) quien en un estudio realizado a pacientes oncológicos hospitalizados, a quienes se les midió el nivel de autopercepción sobre la relación que existe entre su estado nutricional, su alimentación y la enfermedad que padecen, el 81% de la población estudiada tenía fijado su lugar de residencia en el área urbana.

En cuanto a la dimensión física el tipo de confort que predominó en el 99,4% de los participantes del presente estudio fue la trascendencia, información similar reporta Fonseca

(40) en un estudio donde participaron 77 pacientes con cáncer terminal, en el cual se encontró que los pacientes disfrutaban de un alto grado de bienestar físico con un puntaje de 21,22 en una escala de 0 a 28. Esta información indica que a pesar de las condiciones de salud en que se encuentran, los pacientes aceptan su estado de salud.

Con base a los ítems que conforman la dimensión física de acuerdo al instrumento utilizado y que fueron valorados en el presente estudio, se encontró que el 73.9% de los participantes manifiestan que el dolor es soportable y el 57.5% expresó sentirse bien de salud, dato similar reporta Fonseca (40) en un estudio en donde se evalúa la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal, en el cual el 63.3% de los participantes no manifestaban dolor, el 70.2% no reflejaban un sentimiento de enfermedad. Con respecto al ítem “estoy cansado” el 82.8% del presente estudio afirmó no estarlo y el 49.4% expresó tener energía, contrario a lo encontrado por Fonseca (40) donde el 50.6% de los pacientes presentaron falta de energía; concluyendo así que la falta de energía o cansancio crónico (dentro de las múltiples denominaciones y múltiples manifestaciones), está relacionado con el uso del tratamiento para la patología. Para los pacientes del presente estudio las condiciones de cuidado y de salud les han permitido tener una mejor calidad de vida, porque a pesar del diagnóstico y el estadio en que se encuentra la enfermedad manifiestan no tener tan comprometida su condición física, lo que les permite realizar las actividades de la vida diaria.

Con relación a la dimensión social el tipo de confort que predominó fue la trascendencia, dato reportado por el 100% de los participantes del estudio. Este dato es contrario a lo encontrado por Fonseca (40), el cual refiere para esta dimensión un puntaje de 12,57 en una escala de 0 a 28, lo que se traduce en una baja participación social de los participantes de ese estudio. La dimensión social en el presente estudio fue evaluada a través de 4 preguntas, en la cual se destaca el puntaje obtenido en el ítem “Existen personas a las que puedo acudir si necesito ayuda” en donde el 56,6% de los participantes respondió estar en desacuerdo con el enunciado, semejante a lo reportado por Fonseca (40) en donde el 54,5% de los participantes del estudio manifestó recibir poco “apoyo de amigos”. En relación con la pregunta “Mis amigos demuestran que se acuerdan de mí al enviarme tarjetas, visitarme o llamarme por teléfono” el 76,1% de la población encuestada se muestra de acuerdo, contrario a lo reportado por Fonseca (40) quien refiere que el 81,8% de los participantes manifiestan tener poca o ninguna “Cercanía de amigos”, demostrando así que la calidad de vida en los pacientes con cáncer se ve más afectada en el ámbito social y familiar debido a la carencia de relaciones sociales y a la falta de cercanía de las amistades, lo que se refleja en el grado de aislamiento a que es sometido por su grupo familiar o de amigos en esta etapa terminal. Se destaca la lejanía y la mala comunicación en que se encuentran estos pacientes. Estudios (41, 42) han demostrado que un adecuado apoyo social proporcionado

por familiares y amigos disminuye la severa tensión causada por la enfermedad y promueven una mejor recuperación física y mental.

Con respecto a la dimensión psicoespiritual se encontró que el tipo de confort que predominó fue la tranquilidad, que es el nivel intermedio de medición de los tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en un 67.7% de los participantes del estudio, demostrando así que las personas encuestadas se hallan en un estado de calma y satisfacción. Lo anterior concuerda con lo planteado por Jaman (43) quien manifiesta en su estudio que vivir con cáncer significa un proceso de cambios a todo nivel y, sobre todo, en la percepción que tienen los pacientes de sí mismos; en donde la enfermedad les proporciona la oportunidad de reconocer, de reflexionar y tomar conciencia de su “ser”, que ahora ha cambiado y que debe reestructurarse desde el encuentro consigo mismo y reporta además, que la mayor parte de los participantes manifestaron sentir confianza y paz consigo mismos, alentarse al saber que cuentan con personas que los quieren y encontrarle significado a la vida.

Las participantes del estudio de Jaman (43) expresan que los cambios corporales se acompañan de cambios emocionales como la ansiedad, miedo e incertidumbre por el tratamiento, las posibles complicaciones y la posibilidad de que el cáncer vuelva, dándole una preponderancia especial al “ser espiritual”, al cual la enfermedad y el sufrimiento les generan una necesidad de conectarse internamente consigo mismos y con su ser superior, a quien se le hace responsable por la enfermedad, pero también se le reconoce el poder de la cura, por lo que la dimensión psicoespiritual es de gran importancia para este tipo de pacientes.

En cuanto a la dimensión ambiental se encuentra que las personas que participaron en el estudio se encuentran en un nivel de confort que va de la tranquilidad en un 48,9% y en el nivel máximo de confort que es la trascendencia en un 51,1%; estos resultados concuerdan con lo reportado por Jaman (43) en el cual se valora la experiencia de 10 mujeres con diagnóstico de cáncer; donde las participantes manifestaron que la relación con el mundo se ve restringida por los ambientes de la propia casa y el centro de salud, produciéndoles un aislamiento social pero al mismo tiempo afirma que además, esta experiencia les está provocando un nuevo estilo de vivir, una nueva mirada de enfrentarse a la vida, obligándoles de esta manera a vivir con más calma y tranquilidad, dándole oportunidad a nuevas prioridades y nuevas formas de disfrutar la vida.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se encontró principalmente dificultad al momento de hacer la revisión bibliográfica, debido a que son pocos los estudios que relacionan la comodidad en pacientes con cáncer; el amplio periodo en la rotación de camas hospitalarias

y la poca disposición de los pacientes puesto que varios de ellos (especialmente los de la tercera edad) no eran conscientes de su enfermedad.

Dentro de las fortalezas se abordó en su totalidad la temática relacionada sobre la comodidad en pacientes hospitalizados con cáncer, teniendo en cuenta la encuesta sociodemográfica y el cuestionario general de comodidad de Kolcaba, lo que permitió la obtención de una información completa y relevante; constituyendo de esta manera una oportunidad para visualizar las condiciones de los pacientes con cáncer con respecto a su comodidad. Además también enriquece el contexto teórico de esta temática para la disciplina de enfermería en nuestro idioma.

11. CONCLUSIONES

En general los participantes del estudio son hombres, bachilleres, católicos, provenientes del área urbana, que pertenecen a un estrato socioeconómico bajo y viven en pareja.

En cuanto a la religión se concluyó que es preponderante como estrategia de apoyo para este tipo de pacientes, teniendo en cuenta el conjunto de ritos y costumbres propias de cada una.

En relación al tipo de confort identificado en los pacientes, predominó la trascendencia en las dimensiones física, ambiental y social, nivel que se constituye en el mejor estado de confort que puede alcanzar una persona que está afectada por una enfermedad crónica, en este caso el cáncer.

En cuanto a la dimensión psicoespiritual el tipo de confort predominante fue la tranquilidad lo que hace referencia a un estado de calma o satisfacción.

12. RECOMENDACIONES

Los resultados de este estudio constituyen una oportunidad para visualizar las condiciones de los pacientes con cáncer con respecto a su comodidad.

Son pocos los estudios que evalúan la comodidad en los pacientes con cáncer, por lo que se hace necesario realizar estudios de asociación entre comodidad, nivel de espiritualidad y el tener una pareja

Realizar más intervenciones de cuidado enfocadas en las dimensiones psicoespiritual y social de los pacientes hospitalizados con cáncer, con el fin de que su necesidad de comodidad sea satisfecha, y aumentar así sus posibilidades de recuperación.

13. BIBLIOGRAFÍA

- (1). Pérez-Farfán M. Una Visión Integral del Ser Humano. Programa de salud familiar. En Ciencia y filosofía de la Salud. Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/851/1/Una-Vision-Integral-del-SerHumano-Programa-de-salud-familiar.html>. (Consulta: octubre 2010).
- (2). Alonso-Palacio LM, Escorcía I. El ser humano como una totalidad. En: Salud Uninorte, Barranquilla, 17: 3-8, 2003 [en línea]. Disponible en: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/17/1_El_ser_humano.pdf. (Consulta: septiembre 2010).
- (3). Barrera L, Pinto N, Sánchez B. La enfermedad crónica. En: Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2010: 15-16
- (4). Organización Mundial de la Salud. Prevención de las Enfermedades crónicas: una inversión vital. Disponible En: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf. (Consulta 13 Febrero de 2013).
- (5). Dowd. T. La teoría del confort. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 7º ed. Elsevier-Mosby; 2011. P. 706-721.
- (6). Ferrer E. La medición de la comodidad en enfermeras y pacientes oncológicos. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología). 2009. 1 (2): 501-515. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/77/83>. (Consultado 30 de Noviembre de 2011).
- (7). Organización mundial de la salud OMS. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial 61ª Asamblea Mundial de la Salud. 2008. En: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf (Consulta: 27 de Abril 2010).
- (8). Baeta Neves MF, Azevedo Noronha KM de e Itsuko Ciosak S. El significado y las implicaciones para el cuidador al cuidar al individuo con VIH/sida. Rev Actual Enferm. 2008; 11(2): 8-14.
- (9). Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos y cifras mundiales sobre el cáncer en el mundo. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/index.html>. (Consulta 13 Febrero de 2013).
- (10). Lence J, Camacho R. Cáncer y transición demográfica en América latina y el caribe. Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(3). (Consultado 13 Febrero de 2013). Disponible En: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu10306.htm.

- (11). Comisión Europea de salud pública. Cáncer. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/cancer/index_en.htm. (Consulta 13 Febrero de 2013).
- (12). Organización Panamericana de la Salud. Registros de cáncer: información para la acción en América Latina y el caribe Disponible En: <http://gicr.iarc.fr/files/resources/20120329-GICRCancerRegistriesInfoLatAmericaS.pdf>. (Consulta 13 de Febrero de 2013).
- (13). Liga Colombiana contra el cáncer. Cifras estimadas de Incidencia y Mortalidad anual por Cáncer en Colombia, 2008. Disponible en: [http://www.ligacancercolombia.org/pdfs/Estadocancercolomb\(1\).pdf](http://www.ligacancercolombia.org/pdfs/Estadocancercolomb(1).pdf). (Consultado 13 de Febrero de 2013)
- (14). Instituto nacional de Cancerología. Cáncer en cifras 2006. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=437&conID=790&pagID=1302>. (Consultado 13 de Febrero de 2013).
- (15). Herrera S, Redondo C, Estrada H. Estudio de registro poblacional de cáncer en Cartagena de Indias 2003. Disponible En: http://www.hucaribe.gov.co/novedades/registro_poblacional_cancer.pdf. (Consultado 13 de Febrero de 2013)
- (16). Contreras. R, Moreno. A, Torralba J Luque. Y, Zamorano P. Cáncer: conocimiento, preparación y fortaleza. Unidad de Coordinación de Cuidados Interniveles, Hospital Virgen del Rocío. Sevilla, España 2011. Disponible en: (<http://ezproxy.unicartagena.edu.co:2155/memoria/8/8401.php>. fecha de acceso febrero 2013).
- (17). Aiquipa A. Calidad de atención de enfermería según opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEM, lima, 2003. (Tesis postgrado). SaludINEM. Lima; 2003
- (18). Instituto nacional del cáncer. Trastornos del sueño en pacientes con cáncer. Disponible En: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/sueno/HealthProfessional/page2>. (Consultado 13 de Febrero de 2013).
- (19). Flórez M. Comodidad del paciente hospitalizado en un servicio de cirugía cuando se proveen medidas de comodidad que involucran a la familia. Actualización en Enfermería. 2001; 4(2). Disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/trabajos_originales.html. (Consultado 14 de Agosto de 2011).

- (20). Ministerio de Protección social. Instituto Nacional de cancerología. El cáncer aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Disponible En: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Carlillas/Elcancer.pdf>. (Consultado 22 de Octubre de 2011).
- (21). Organización Mundial de la Salud (OMS). Cancer Pain Relief and palliative care. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241545127.pdf>. (Consultado 13 de Febrero de 2013).
- (22). Cabrera M, Preval M, Tamayo R, Hernandez M. Caracterización de un grupo de pacientes con cáncer cervicouterino ingresadas en un servicio de radioterapia. Rev cubana de Enfermería. 2006; 22(1). (Consultado 13 de Febrero de 2013). Disponible En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192006000100005&script=sci_arttext&tlng=pt.
- (23). Prieto A. Psicología oncológica. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual. 2004; 2(4). (Consultado 13 de Febrero de 2013). Disponible En: <http://www.aseteccs.com/revista/pdf/v02/psicologiaoncolologica.pdf>.
- (24). Yelamos C, Fernández B. Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. Disponible En: <http://sovpal.org/wp-content/uploads/2011/09/NECESIDADES-EMOCIONALES-EN-EL-PACIENTE-CON-CANCER.pdf>. (Consultado 13 de Febrero de 2013).
- (25). Santos J, Sánchez F y Muriel C. Dolor agudo y crónico en pacientes con cáncer: Planteamientos generales Salamanca. Disponible en: <http://campus.usal.es/~guiascentros/guiaspdf/Medicina0708.pdf> (Consultado 13 Febrero de 2013).
- (26). Baidier Lea. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. RIPCS/IJCHP. 2003; 3(3): 505-520. (Consultado 13 de Febrero de 2013). Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf.
- (27). Moreira R, Turrini R: Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. (Consultado 13 de Febrero de 2013). Disponible En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000200013&script=sci_arttext.
- (28). Aladino E. Estrés y hospitalización (i). European Pharmacology Law Group. Disponible en: http://www.eupharlaw.com/noticias/estres_hospitalizacion_1.pdf. (Consultado 20 de Noviembre de 2011).
- (29). Nava G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. Enf Neurol (Mex). Vol. 9 No. 2:94-104, 2010. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>. (Consultado 20 de Noviembre de 2011).

(30). Burgos M, Paravic T. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público .Cienc. Enferm. v.9 n.2 Concepción dic. 2003. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200004&script=sci_arttext. (Consultado 20 de Noviembre de 2011).

(31). García E. Nivel de satisfacción sobre calidad de atención del familiar de un paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Clínica Limatambo 2008. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2710/1/garcia_castillo_edith_2009.pdf. (Consultado 20 de Noviembre de 2011).

(32). El bienestar del paciente en los servicios de urgencia/emergencia. Disponible en: <http://www.usem.es/web/documents/internos/06032008363514~1204810536187.pdf>. (Consultado en 8 de agosto de 2011).

(33). García J. García I. El cuestionario general de la comodidad y su utilidad como herramienta de evaluación en usuarios con heridas crónicas en atención primaria. Rev. Formación enfermera. Junio 2008 - Nro. 6 Vol. 6 / ISSN 14582-214. Disponible en: (http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/?option=com_publicaciones&idArticulo=47032&task=verResumen&anyo=&numPublica=4&numRevista=47&volRevista=6). (Fecha de acceso Octubre del 2012).

(34). Kolcaba K. Comfort Theory and Practice. 1º Edicion. New York. Springer Publishing Company; 2003.

(35). Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 DE 1993. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf. (Consultado 20 de Octubre de 2012).

(36). Payan. E, Vinaccia. S, Quiceno. J. Cognición hacia la enfermedad, bienestar espiritual y calidad de vida en pacientes con cáncer en estado terminal. Acta colombiana de psicología 2011. 14 (2): 79-89. (Fecha de acceso marzo del 2014). Disponible en: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/23_7750_v14n2-art7.pdf.

(37). Gaviria. A, Vinaccia. S, Rivero. M, Quiceno. J Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Psicología desde el caribe agosto-diciembre 2007. Num 20,

pp. 50-75. (fecha de acceso marzo del 2014). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21302004> –

(38). Barboza F, Forero M. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Artículos de investigación. 2011; 3(1). En: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/viewFile/10610/10035>. (Consultado 10 de Marzo de 2014).

(39). Gómez. C, Marín. M, Benítez. S, Loria. V, García. M, Lourenco. T, et al. Autopercepción de los pacientes con cáncer sobre la relación existente entre su estado nutricional, su alimentación y la enfermedad que padecen. Scielo. Nutr. Hosp. septiembre-octubre del 2008, vol. 23, n.5. Madrid. (Fecha de acceso marzo del 2014). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112008000700010&script=sci_arttext

(40). Fonseca. M, Schlack. C, Mera. E, Muñoz. O, Peña. J. Evaluacion de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. Rev Chil. Santiago Agosto 2013. Vol. 65 N^a 4. (fecha de acceso marzo del 2014). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262013000400006&lang=pt

(41). Baider L. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2003; 3(1): 505-520. (Consultado 17 de Marzo de 2014). En:http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-85.pdf.

(42). Gomez M, Lagoueyte M. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. Av.enferm. 2012; 30(1): 32-41. (Consultado 17 de Marzo de 2014). En:http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/revista20121/03_El_apoyo_social_Avanc_enferm_30-1_abril_24_12.pdf

(43). Jaman. P, Soledad. M. Vivir con cancer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. Aquichan. Chia Colombia marzo 2014. Vol. 14 N^a 1. (fecha de acceso marzo del 2014). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2394>.

14. ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERSONALES

1. **Edad:** _____
2. **Género:** F: M:
3. **Estado Civil:** Soltero: Casado: Unión Libre: Viudo: Divorciado:
4. **Hijos:** Si: No: ¿Cuántos?: _____
5. **Antecedentes Personales:** HTA: Diabetes: Otra:
 ¿Cuál? _____
6. **Antecedentes Familiares:** HTA: Diabetes: Trastornos Mentales:
 Tuberculosis: Otra: ¿Cuál? _____
7. **Religión:** Católica: Evangélica: Otra: ¿Cuál?: _____ Ninguna:
8. **Escolaridad:** Primaria Incompleta: Primaria Completa: Secundaria
 Incompleta: Secundaria Completa: Técnico o Tecnólogo: Universitario:
 Postgrado: Ninguno:
9. **Estrato Social** (Recibo de servicios públicos): 1: 2: 3: 4: 5: 6:
10. **Seguridad Social:** Contributivo: Subsidiado: Vinculado:
 ¿Cuál?: _____
11. **Procedencia:** Rural: Urbana:
12. **Diagnóstico:** Cáncer ¿Cuál? _____
13. **Tiempo que lleva con la patología:** Meses: Años: ¿Cuánto? _____
14. **Ha estado hospitalizado antes:** Si: No: ¿Cuántas Veces? _____
 ¿Cuánto Tiempo? _____

ANEXO 2. CUESTIONARIO GENERAL SOBRE LA COMODIDAD (KOLCABA KY, 1991)

1. No es a la situación actual

4. Situación Actual

1	Existen personas a las que puedo acudir si necesito ayuda	1	2	3	4
2	No quiero hacer ejercicio	1	2	3	4
3	La situación en que estoy me preocupa	1	2	3	4
4	Siento confianza conmigo mismo	1	2	3	4
5	Creo que mi situación actual es muy valiosa	1	2	3	4
6	Me da aliento saber que me quieren	1	2	3	4
7	El ruido no me deja descansar	1	2	3	4
8	Nadie me comprende	1	2	3	4
9	El dolor que siento es difícil de soportar	1	2	3	4
10	Me siento triste cuando estoy solo	1	2	3	4
11	No me gusta este lugar	1	2	3	4
12	Estoy duro del estómago	1	2	3	4
13	No me siento bien de salud	1	2	3	4
14	Esta habitación me asusta	1	2	3	4
15	Me aterra lo que va a suceder	1	2	3	4
16	He tenido muchos cambios	1	2	3	4
17	Estoy muy cansado	1	2	3	4
18	Estoy satisfecho	1	2	3	4
19	Esta silla (cama) me lastima	1	2	3	4
20	Mis artículos personales no están aquí	1	2	3	4
21	Aquí no me siento en el sitio correcto	1	2	3	4
22	Mis amigos demuestran que se acuerdan de mí al enviarme tarjetas, visitarme o llamarme por teléfono	1	2	3	4
23	Necesito más y mejor información sobre mi salud	1	2	3	4
24	Me siento incapaz de controlarme	1	2	3	4
25	Esta habitación huele muy mal	1	2	3	4

26	Me siento en paz conmigo mismo	1	2	3	4
27	Estoy deprimido	1	2	3	4
28	Le encontré significado a la vida	1	2	3	4

ANEXO 3. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIO

Con el presente documento se pretende informar a usted sobre el tipo de información que se recolectará, por lo que le solicitamos diligenciar con su puño y letra los siguientes espacios en blanco.

Yo _____ habitante de la ciudad de Cartagena y con C.C. N° _____ de _____ manifiesto, Boris Cabrera, José Gregorio Contreras, Sandra Quiñonez, Eileen Salem y Carolay Serpa, estudiantes de Enfermería, Universidad de Cartagena, han sido claros y precisos en suministrarme la información sobre la el tipo de instrumentos que se diligenciarán.

Responda **SI** o **NO** en los espacios en blanco

He recibido información en un lenguaje claro y sencillo: Si___ No___

Fueron atendidas todas mis observaciones y preguntas al respecto: Si___ No___

También comprendo que sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar este consentimiento, por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance del procedimiento a realizar.

En tales condiciones,

ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO: Comodidad de los pacientes hospitalizados con cáncer, Cartagena

10. Firma

Su firma abajo significa que usted leyó y entendió este documento y que usted accede voluntariamente a participar en este estudio.

Firma del participante: _____

Nombre, firma del testigo y cédula:

Firma del director del proyecto y cédula: _____

Fecha: _____

ANEXO 4. TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 3. Distribución según características sociodemográficas en los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones, Cartagena.

INDICADORES	N	%
SEXO		
F	85	47,2%
M	95	52,8%
HIJOS		
No	9	5,0%
Si	171	95,0%
ESTADO CIVIL		
Casado	44	24,4%
Divorciado	11	6,1%
Soltero	50	27,8%
Unión Libre	64	35,6%
Viudo	11	6,1%
RELIGION		
Católica	121	67,2%
Evangélico	26	14,4%
Mormón	7	3,9%
Testigo de Jehová	25	13,9%
No	1	0,6%

ESCOLARIDAD		
analfabeta	30	16,7%
bachillerato completo	43	23,9%
Bachillerato incompleto	33	18,3%
primaria completa	21	11,7%
primaria incompleta	33	18,3%
Técnico	16	8,9%
Tecnológico	1	0,6%
Universitario	3	1,7%
ESTRATO		
1	123	68,3%
2	50	27,8%
3	5	2,8%
4	1	0,6%
5	1	0,6%
AFILIACIÓN		
contributivo	55	30,56%
subsidiado	125	69,44%
PROCEDENCIA		
rural	77	42,8%
urbana	103	57,2%

Fuente: Datos de la encuesta

Tabla 4. Dimensiones y tipos de confort de Kolcaba en los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias, Cartagena

Tipos Dimensiones	Alivio		Tranquilidad		Trascendencia	
		%		%		%
Física	0	0,0	1	0,6	179	99,4
Social	0	0,0	0	0,0	180	100,0
Psicoespiritual	69	38,3	111	61,7	0	0,0
Ambiental	0	0,0	88	48,9	92	51,1
General	0	0,0	1	0,6	179	99,4

Fuente: Datos de la encuesta

Tabla 5. Aspectos que miden de la dimensión física en los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias, Cartagena

Pregunta	Ítem	1	%	2	%	3	%	4	%
2	No quiero hacer ejercicio	22	12,2	86	47,8	63	35,0	9	5,0
9	El dolor que siento es difícil de soportar	34	18,9	99	55,0	42	23,3	5	2,8
12	Estoy duro del estómago	22	12,2	88	48,9	61	33,9	9	5,0
13	No me siento bien de salud	21	11,6	83	45,9	61	33,9	15	8,3

17	Estoy muy cansado	39	21,7	110	61,1	29	16,1	2	1,1
18 *	Estoy satisfecho	9	5,0	40	22,2	96	53,3	35	19,4

Fuente: Datos de la encuesta

Tabla 6. Aspectos que miden de la dimensión social en los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias, Cartagena

Pregunta	Ítem	1	%	2	%	3	%	4	%
1 *	Existen personas a las que puedo acudir si necesito ayuda	24	13,3	78	43,3	67	37,2	11	6,1
3	La situación en que estoy me preocupa	26	14,4	101	56,1	52	28,9	1	0,6
10	Me siento triste cuando estoy solo	34	18,9	104	57,8	40	22,2	2	1,1
22 *	Mis amigos demuestran que se acuerdan de mí al enviarme tarjetas, visitarme o llamarme por teléfono		0,0	43	23,9	108	60,0	29	16,1

Fuente: Datos de la encuesta

Tabla 7. Aspectos que miden de la dimensión psicoespiritual en los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias, Cartagena

Pregunta	Ítem	1	%	2	%	3	%	4	%
4 *	Siento confianza conmigo mismo	2	1,1	39	21,7	95	52,8	44	24,4
5 *	Creo que mi situación actual es muy valiosa	1	0,6	26	14,4	110	61,1	43	23,9
6 *	Me da aliento saber que me quieren		0,0	24	13,3	111	61,7	45	25,0
8	Nadie me comprende	26	14,4	95	52,8	45	25,0	14	7,8
15	Me aterra lo que va a suceder	27	15,0	113	62,8	39	21,7	1	0,6
16	He tenido muchos cambios	44	24,4	93	51,7	39	21,7	4	2,2
21	Aquí no me siento en el sitio correcto	28	15,6	100	55,6	51	28,3	1	0,6
23	Necesito más y mejor información sobre mi salud	35	19,4	87	48,3	47	26,1	11	6,1
24	Me siento incapaz de	27	15,0	100	55,6	52	28,9	1	0,6

	controlarme								
26 *	Me siento en paz conmigo mismo	3	1,7	43	23,9	96	53,3	38	21,1
27	Estoy deprimido	11	6,1	68	37,8	76	42,2	25	13,9
28 *	Le encontré significado a la vida	9	5,0	63	35,0	85	47,2	23	12,8

Fuente: Datos de la encuesta

Tabla 8. Aspectos que miden de la dimensión ambiental en los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias, Cartagena

Pregunta	Ítem	1	%	2	%	3	%	4	%
7	El ruido no me deja descansar	27	15,0	101	56,1	51	28,3	1	0,6
11	No me gusta este lugar	12	6,7	67	37,2	76	42,2	25	13,9
14	Esta habitación me asusta	30	16,7	93	51,7	50	27,8	7	3,9
19	Esta silla (cama) me lastima	14	7,8	77	42,8	69	38,3	20	11,1
20	Mis artículos personales no están aquí	23	12,8	86	47,8	62	34,4	9	5,0
25	Esta habitación huele muy mal	37	20,6	113	62,8	30	16,7	0	0

Fuente: Datos de la encuesta