



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

COMODIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CARDIO VASCULAR

María Isabel Ruiz Góngora

Directora:
Dra. Luz Patricia Díaz Heredia

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería - Posgrados
Bogotá, Colombia

2016

Santiago y Javi

Con Perseverancia y Amor se
pueden lograr todos los Sueños.

Perdón por el tiempo sin
ustedes, por el cansancio, por
los apuros, para que al fin
podamos disfrutar, gracias a
Dios, el logro de todos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por todas la pruebas de amor a través del milagro de la vida.

A mi esposo, por su amor y entendimiento.

A mi hijo, por el camino de amor que hemos cruzado.

A mi madre, por su fortaleza y amor incondicional.

A mi familia, por su colaboración y apoyo para salir adelante.

A mi gran Profe Luz Patricia Díaz, por brindarme su sabiduría, paciencia y su auténtico apoyo.

A mis pacientes, por permitirme realiza esta labor, sin ellos no lo hubiera logrado.

A la Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Enfermería, por ser mi alma mater y emprendedora de la ciencia y la pedagogía.

Al Hospital Universitario San Ignacio, porque me apoyaron, creyeron en mí, para hacer posible esta investigación.

RESUMEN

La enfermedad cardiovascular es una condición de salud que afecta de manera importante a la población colombiana. Cuando hay deterioro importante de la función cardiovascular, se requiere de la hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular (UCI) a fin de realizar vigilancia y cuidados especiales para la supervivencia. Esta presencia en la institución genera sensaciones de incomodidad a nivel físico, psicológico, espiritual o social. Por lo tanto, la enfermería como disciplina profesional, que provee cuidado a estos pacientes, se encuentra interesada en conocer de manera amplia la comodidad que vivencia el paciente, en virtud de que este es un fenómeno complejo y multidimensional. Los niveles afectados antes señalados demuestran la importancia que ejerce un cuidado humanizado de enfermería a los pacientes hospitalizados y a sus familias, sobresaltando el respaldo que se le debe dar al favorecimiento de las medidas de confort, basadas en brindar alivio, tranquilidad y trascendencia.

Objetivo: Describir la comodidad del paciente adulto hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular.

Diseño: El presente estudio tiene un enfoque mixto, cualitativo-cuantitativo de ejecución concurrente, lo que implica el desarrollo de un estudio cualitativo y la recolección de datos cuantitativos de manera paralela para realizar al final un análisis independiente, pero que confluye en un análisis mayor.

Resultados: La muestra total fue de 45 personas a quienes se les aplicó el instrumento de Confort de Katharine Kolcaba en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá en el mes de diciembre de 2015 y enero de 2016, con un porcentaje mayor de hombres del 73% y de mujeres del 27%. De las entrevistas, surgieron seis categorías y dieciséis códigos dentro de las expresiones de los pacientes hospitalizados.

Los factores que alteraron la comodidad están relacionados con una percepción de no poder realizar alguna actividad cotidiana como moverse, comunicarse, alimentarse (ya sea por dolor e inmovilidad), el sentirse encerrado, percepción de mucho ruido o el tener que hacer sus funciones corporales ante personas desconocidas. Dentro de los factores que mejoran su comodidad, se encuentra el poder contar con el apoyo de alguien externo a la misma persona, ya sea apoyo espiritual o de otro individuo, como puede ser la familia, los amigos o el mismo personal asistencial, lo cual es de gran importancia al estar hospitalizado.

Los resultados generales del cuestionario GCQ lograron evidenciar el cubrimiento de las necesidades de comodidad en un nivel medio-alto y alto por una respuesta mínima de 131 puntos, máxima de 159 puntos con un promedio que se ubica en un estado alto de comodidad con 146,07 puntos, con desviación estándar de 7,23.

Conclusiones: El contexto físico es el más comprometido debido a los sentimientos de pudor que se generan por las ideas o preconceitos que la persona tiene sobre las funciones corporales, en especial con actividades íntimas como el tener que realizar funciones fisiológicas o actividades como el baño frente a personas desconocidas y con elementos de uso poco común, como el recolector de orina o coprológico. Sin embargo, los pacientes refieren su agradecimiento al contar con personal entrenado y consciente de su proceso de enfermedad.

Por su parte, los pacientes acogen un acompañamiento espiritual de un ser superior que los hace sentir protegidos y los hace conscientes de buscar en la oración una forma de fortalecimiento. El acompañamiento médico y de enfermería con información acertada y oportuna brinda al paciente confianza en sus medidas de tratamiento. Además, la importancia del apoyo de la familia y amigos los hace sentir bien, amados y les da fuerza para seguir adelante con su recuperación.

Las políticas institucionales incentivan a sus trabajadores a brindar un servicio humano, seguro y eficiente. Dentro del contexto ambiental, el ruido de los monitores y del ambiente de la Unidad de Cuidado Intensivo repercute en el descanso y tranquilidad del paciente. Así mismo, el espacio físico de la UCI favorece la intimidad y el recogimiento para pensar, brindar tranquilidad y paz. Un ambiente agradable en una Unidad de Cuidado Intensivo, por ende, es un aspecto importante en la consecución de la comodidad: una habitación amplia e iluminada además de una cama suave y blanda son condiciones que hacen más fácil la estadía en un servicio de salud de alta complejidad.

Palabras clave: Comodidad, Unidad de Cuidado Intensivo, Enfermedad Cardiovascular.

ABSTRACT

The cardiovascular disease is a health condition that affect in an important grade the people in Colombia. When there is a important damage in the cardiovascular function, it is required a hospitalization in the cardiovascular intensive care unit (ICU) in order to do the watchfulness and the special care to the survival, the institution generate uncomfortable sensations in physical, psychological, spiritual and in a social way. The nursery like a profession that give care to the patients it is interested in to know in a wide way the comfort the lives the patient because this is a complex and multidimensional phenomenon.

The above affect levels show the importance that apply the human care of the nursery in the hospitalized patients and their families, it is important the support that must be applied to the priority in the measures to improve the comfort based in bring relief, tranquility and transcendence.

Objective: To describe the comfort of hospitalized adult patients in a cardiovascular intensive care unit.

Design: The present study has a mixed, qualitative and quantitative approach to concurrent execution, implies the development of a qualitative study and the collection of quantitative data in parallel to perform an independent analysis at the end, but which converges in a larger analysis.

Results: The total sample consisted of 45 people who were given the Katharine Kolcaba Comfort Instrument in the cardiovascular intensive care unit of the San Ignacio University Hospital in December 2015 and January 2016. With a higher percentage of Men of 73% and women 27%. From the interviews, six (6) categories emerged, and sixteen (16) codes within the expressions of hospitalized patients.

The factors that alter comfort are related to a perception of not being able to perform some daily activity such as moving, communicating, feeding either by pain and immobility; Feeling closed or perceived as loud or having to do their bodily functions in the presence of unknown people.

Among the factors that improve their comfort is that being able to count on the support of someone external to the same person, whether spiritual support or another individual such as family, friends, or the same care staff it has a big importance in comfort when being hospitalized.

The overall results of the GCQ questionnaire were able to show the coverage of comfort needs in a medium-high level and high for a minimum response of 131 points, maximum of 159 points with an average that is in a high comfort state with 146.07 points, with a standard deviation of 7.23.

Conclusions:

The physical context is the most compromised due to the feelings of modesty that are generated by the ideas or preconceptions that the person has on the bodily functions, the having to perform physiological functions or activities such as the bath in front of unknown people and with elements of uncommon use like the urine collector or coprological, nevertheless they refer their gratefulness to having personnel trained and aware of their disease process.

The patients receive spiritual accompaniment from a superior being who makes them feel protected and makes them aware of seeking in a pray a form of strengthening; The medical and nursing accompaniment with accurate and timely information gives the patient confidence in his treatment measures.

The importance of the support of family and friends makes them feel good, loved, gives them strength to continue with their recovery.

Institutional policies encourage their workers to provide a safe, efficient and humane service. Within the environmental context, the noise of the monitors and the environment of the intensive care unit has repercussions on the rest and tranquility of the patient. Likewise, the physical space of the ICU favors the intimacy and the recollection to think, offering tranquility and peace. A pleasant physical environment in an intensive care unit is an important aspect in achieving comfort: A spacious, bright room, a soft bed, are conditions that make it easier to stay in a high complexity health service.

Keywords: Comfort, Intensive Care Unit, Cardiovascular Disease.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	7
ÍNDICE DE TABLAS	11
ÍNDICE DE GRÁFICOS	12
INTRODUCCIÓN	14
1. MARCO DE REFERENCIA	15
1.1. Área problema y justificación del estudio.....	15
1.2. Planteamiento del problema	24
1.3. Formulación del problema.....	25
1.4. Objetivo general	25
1.5. Objetivos específicos	26
1.6. Definición de conceptos	26
2. MARCO TEÓRICO	27
2.1. Comodidad como elemento esencial del cuidado	27
2.2. Comodidad en la Unidad de Cuidados Intensivos	28
2.3. Teoría de la comodidad de Katharine Kolcaba	29
3. MARCO DE DISEÑO	32
3.1. Tipo de estudio.....	32
3.2. Población.....	37
3.3. Muestra	37
3.4. Criterios de inclusión de los participantes.....	38
3.5. Criterios de exclusión de los participantes.....	38
3.6. Sesgos	39
3.7. Marco de análisis	39
3.8. Consideraciones éticas	40
3.9. Socialización de resultados.....	41
4. RESULTADOS.....	42
4.1. Caracterización de los participantes del estudio.....	42
4.2. Fase cualitativa	46
4.3. Fase cuantitativa	60
5. TRIANGULACIÓN Y DISCUSIÓN.....	81
5.1. Comodidad descrita en el contexto físico	81
5.2. Comodidad descrita en el contexto psicoespiritual.....	89
5.3. Comodidad descrita en el contexto social	93
5.4. Comodidad descrita en el contexto ambiental	97
5.5. Tipo de comodidad descrita en la UCI según la teoría de Kolcaba	99
6. CONCLUSIONES	102
7. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	106
7.1. Recomendaciones.....	106
7.2. Limitaciones	107

8. ANEXOS 109
Anexo 1 109
Anexo 2 111
Anexo 3 113
Anexo 4 114
Anexo 5 115

9. LISTA DE REFERENCIAS 120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estructura taxonómica del confort de Kolcaba.....	30
Tabla 2. Pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá, en el primer semestre de 2016	38
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de las variables sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016.....	42
Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de los factores relacionados con la hospitalización de los pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016.....	43
Tabla 5. <i>Frecuencia y porcentaje de dispositivos terapéuticos presentes en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016.....</i>	46
Tabla 6. Frecuencias de unidades de análisis según categoría y código	47
Tabla 7. Códigos que mejoran la comodidad vs. Códigos que alteran la comodidad	59
Tabla 8. Clasificación del confort según puntaje total del cuestionario GCQ de Katharine Kolcaba	61
Tabla 9. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por sexo en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016.....	61
Tabla 10. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por edad en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016	62
Tabla 11. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por escolaridad en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016	62
Tabla 12. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por estrato socioeconómico en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016.....	63
Tabla 13. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por días de hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016	63
Tabla 14. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por causa de hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016.....	64
Tabla 15. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por TISS 28 en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016.....	64
Tabla 16. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por número de dispositivos en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016.....	65
Tabla 17. Puntaje total, por tipos y contextos de confort del cuestionario GCQ aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016.....	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje de la clasificación del TISS de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015-enero 2016	44
Gráfico 2. Porcentaje de presencia de dispositivos terapéuticos en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016.....	45
Gráfico 3. Frecuencias de unidades de análisis según categorías y códigos en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016	48
Gráfico 4. Factores que alteran o mejoran la comodidad.....	60
Gráfico 5. Distribución porcentual de las puntuaciones ítems contexto ambiental de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016	66
Gráfico 6. Distribución porcentual de las puntuaciones ítems contexto físico de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016	68
Gráfico 7. Distribución porcentual de las puntuaciones ítems contexto psicoespiritual de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016.....	69
Gráfico 8. Distribución puntuaciones ítems contexto social de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016.....	71
Gráfico 9. Distribución porcentual de las puntuaciones ítems de tipo alivio de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016	72
Gráfico 10. Distribución porcentual de las puntuaciones ítems de tipo tranquilidad de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016	73
Gráfico 11. Distribución porcentual de las puntuaciones ítems de tipo transcendencia de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016.....	74
Gráfico 12. <i>Box Plots</i> de puntuaciones totales del cuestionario GCQ de Kolcaba aplicado a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016	76
Gráfico 13. Puntuación total por contextos de confort del cuestionario GCQ aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016	76

Gráfico 14. Porcentaje de comodidad promedio por contextos de confort del cuestionario GCQ aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016	77
Gráfico 15. <i>Box plots</i> de puntuaciones de cada contexto del confort según el cuestionario GCQ de Kolcaba aplicado a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016	78
Gráfico 16. Puntuación total por tipo de confort del cuestionario GCQ aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016	79
Gráfico 17. Porcentaje de la comodidad promedio por tipo de confort del cuestionario GCQ aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016	79
Gráfico 18. <i>Box plots</i> de puntuaciones de cada tipo de confort según el cuestionario GCQ de Kolcaba aplicado a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016	80

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular afecta de manera importante a la población colombiana, en muchas ocasiones requiere de la hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular, este ingreso genera sensaciones de incomodidad a nivel físico, psicológico, espiritual o social. Enfermería como disciplina profesional, brinda cuidado a estos pacientes, como también se encuentra en el papel de conocer de manera amplia la comodidad que vivencia el paciente, en virtud a que este es un fenómeno complejo y multidimensional.

Los contextos afectados antes señalados demuestran la importancia que ejerce un cuidado humanizado de enfermería a los pacientes hospitalizados y a sus familias, sobresaltando el respaldo que se le debe dar al favorecimiento de las medidas de confort, basadas en brindar alivio, tranquilidad y trascendencia según la teoría de Katharine Kolcaba.

Por esto la importancia de describir la comodidad del paciente adulto hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular, en un estudio de enfoque mixto, cualitativo-cuantitativo, con una recolección de datos de manera paralela para realizar al final un análisis independiente, pero que confluye en un análisis mayor.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. Área problema y justificación del estudio

La enfermedad cardiovascular es una condición de salud que afecta de manera importante a una amplia franja de la población colombiana. Para su manejo, cuando hay deterioro importante de la función cardiovascular, se requiere de la hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular a fin de realizar vigilancia y cuidados especiales para su supervivencia. Esta situación genera sensaciones de incomodidad a nivel físico, psicológico, espiritual o social, afectando en algunos casos la evolución de la enfermedad por la cual se hospitaliza al paciente.

Por tal razón, la enfermería, como disciplina profesional que provee cuidado a estos pacientes, se encuentra interesada en conocer de manera amplia la comodidad que vivencia el paciente, en virtud a que este es un fenómeno complejo y multidimensional.

Para esto es necesario un estudio cuali-cuantitativo del confort en UCI, puesto que la comprensión del fenómeno del confort no será completa al abordarlo desde una sola postura epistémica. Por esto, se requiere utilizar dos miradas que aporten elementos complementarios para poder dimensionar la realidad del confort experimentado por las personas hospitalizadas en una Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular. La idea es ampliar el conocimiento de las dimensiones y características presentes en este fenómeno, al ser el confort un constructo complejo y multidimensional (1).

En este capítulo se presentarán tanto el área problema y la justificación del estudio a través de su relevancia en el ámbito social, teórico y disciplinar.

1.1.1. Relevancia social

La enfermedad cardiovascular es un evento que ocupa los primeros lugares de morbilidad y mortalidad tanto en Colombia como en el mundo (2–4). Las personas que padecen estas condiciones patológicas son situadas habitualmente en unidades especializadas, como lo son las unidades de cuidado intensivo cardiovascular. Estas áreas ofrecen vigilancia continua, además de intervenciones que, en la mayoría de casos, son poco agradables, dolorosas y agresivas. Además, este es un espacio restringido, con limitación en la comunicación por la disposición de las unidades individuales, con procedimientos invasivos y poco reservados, entre otros aspectos que generan sensaciones de incomodidad a nivel físico, psicológico,

espiritual o social que impactan y trascienden, en algunos casos, en la evolución de la enfermedad por la cual se encuentran las personas hospitalizadas.

En este contexto, el papel de la comodidad puede ser de gran importancia en la estadía, evolución clínica y satisfacción del paciente, por lo que se puede identificar como una estrategia de cuidado que brinda pautas específicas para la mejora de la salud y del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo. Por ello, es importante tener en cuenta las estadísticas de la enfermedad cardiovascular, porque al ocupar estas los primeros puestos de morbilidad y mortalidad, se puede llegar a abarcar un gran número de personas enfermas que puedan presentar incomodidad en una Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular.

De acuerdo con las cifras de la situación de salud en el mundo en el 2008 (4), la tendencia sobre las muertes por enfermedades cardiovasculares en el mundo aumentaría de 17,1 millones a 23,4 millones en el año 2030. Posteriormente, en el informe de las estadísticas sanitarias mundiales del 2014 (3), los datos reflejan que la primera causa de muerte prematura de hombres y mujeres a nivel mundial en el año 2012 fue la cardiopatía coronaria (isquémica). Específicamente, en Colombia, la primera causa de mortalidad en hombres y mujeres entre los grupos etarios de 45 a 65 años y 65 años y más son las enfermedades isquémicas del corazón (2).

En Bogotá, lugar del estudio, la situación no es diferente, ya que el aumento del porcentaje de personas que padecen de alguna clase de enfermedad cardiovascular es alto, según los datos de la Secretaría Distrital de Salud en el 2009 (5). En la ciudad, la primera causa de mortalidad general según la edad son las enfermedades isquémicas del corazón con 12,8%, específicamente en los rangos de edades entre los 45-59 años y 60-más años de edad. Estos datos confirman la existencia de un porcentaje significativo de enfermedades cardiovasculares que se relacionan directamente con la estancia de pacientes en la unidad de cuidados intensivos y, así mismo, el requerimiento de un cuidado de enfermería comfortable.

Particularmente, los pacientes con enfermedad cardiovascular coronaria, con falla cardíaca y en posoperatorios cardiovasculares, ya sean crónicos o agudos, son un porcentaje alto en la ocupación cama en un servicio de cuidado intensivo, según un estudio realizado en México sobre morbimortalidad de pacientes mayores de 60 años en el servicio de cuidados intensivos del hospital general de este país (6). La patología cardiovascular, como los síndromes coronarios agudos (tanto con ST elevado como no elevado e insuficiencia cardíaca descompensada en adultos mayores) está incluida entre los 5 principales diagnósticos de hospitalización de la Unidad de Cuidado Intensivo, esto teniendo en consideración que la edad es el principal factor de riesgo cardiovascular.

Otro estudio relacionado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Militar Docente de Matanzas de Cuba, en el trienio 1998-2000, cuenta que dentro de las

diez primeras causas de ingresos, seis correspondieron a padecimientos cardiovasculares, con un porcentaje del 54,49%. Las 5 primeras causas de admisión fueron angina inestable aguda con 202 pacientes (23,57%), infarto agudo de miocardio con 135 pacientes (15,75%), postoperatorio de alto riesgo con 95 pacientes (11,09%), insuficiencia cardiaca severa con 61 pacientes (7,12%) y sepsis severa con 40 pacientes (4,66%) (7).

Por otra parte, en el 2010, en el Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado de Pinar del Río, en Cuba, durante el período del 1 de enero al 31 de diciembre, con un universo constituido por todos los pacientes que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos (en total 402) se encuentra que el 2,99% de los casos de ingreso fueron por infarto agudo de miocardio, encontrándose entre las primeras 7 causas de ingreso a UCI (8).

En Colombia, se encontraron estudios en los cuales la enfermedad cardiovascular era la segunda causa de egreso de la Unidad de Cuidado Intensivo en pacientes con mortalidad temprana (24,3%), siendo el grupo de patologías infecciosas la principal causa de ingreso y egreso, con valores de 43,65% y 46,6% respectivamente (9).

Como lo sustentan las estadísticas, la enfermedad cardiovascular tiene su relevancia para el desarrollo de estrategias que logren mejorar la estadía del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo, ya que la comodidad con la que pueda contar el paciente repercutirá no solamente en el contexto físico sino también en el psicoespiritual, ambiental y social. La experiencia de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo están relacionados con sentimientos de miedo, dolor, incertidumbre, con una impresión del riesgo a morir, “La Unidad de cuidado intensivo siempre es asociada con un alto riesgo de mortalidad, por lo tanto se generan sentimientos de estrés, angustia, temor, desesperanza e impaciencia; todo esto generado por el hecho de estar alejado de su familia y el ambiente externo, además en algunas ocasiones por falta de información con respecto a su pronóstico.” (10, 11) lo que puede llegar a agudizar el estado de salud por la cual se encuentran los pacientes por su parte emocional, el manejo de estos sentimientos a través del confort que puede brindar la enfermera es la diferencia en la evolución del paciente.

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), el concepto de confort en la Clasificación internacional para la Práctica de Enfermería (ICNP®) se define como la: “sensación de tranquilidad física y bienestar corporal” (12), concepto con parámetros afines, que involucra términos que también promulga la teoría de la enfermera Katharine Kolcaba relacionada con la comodidad, tales como la sensación de tranquilidad y alivio, dos de los tres resultados que se espera con la aplicación de la teoría de Kolcaba a un individuo. Por ello, el concepto del CIE va

más relacionado con lo físico, con lo tangible, con el sentirse corporalmente cómodo. El CIE también define la enfermedad cardiovascular como “un deterioro de la parte de la estructura corporal, en este caso el cardiovascular” (12).

En suma, la enfermedad cardiovascular está dentro los primeros lugares de morbilidad en Colombia y en el mundo. Además, su estudio ha involucrado el concepto de comodidad principalmente desde el ámbito físico, desconociendo el emocional, psicológico, ambiental y sociocultural, desde la visión particular de quien se encuentra hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo (6,7,12). Estos ámbitos son presentados en la teoría de Katharine Kolcaba y sustentan el valor y la relación posible que puede existir entre ellos para lograr un verdadero confort.

1.1.2. Relevancia teórica

El ingreso en una Unidad de Cuidado Intensivo para un ser humano tiene varios componentes de cambio en su diario vivir, lo que se suma el padecer de una enfermedad que esté pasando por un evento agudo o crónico. El estar hospitalizado en un servicio de cuidado intensivo genera sensaciones de incomodidad a nivel físico, psicológico, espiritual o social, que pueden repercutir en el mejoramiento o no de la enfermedad por la cual se encuentra hospitalizado, tal y como lo concluye un estudio realizado en la Unidad de Cuidado Intensivo:

“El ingreso y la estancia de las personas en una unidad de cuidados críticos favorece sentimientos de miedo y preocupación, tanto por las circunstancias propias y del entorno, como por las posibles secuelas de la enfermedad. Todo ello origina nuevos replanteamientos de rol y posibles cambios en el estilo de vida”. (10)

El conocimiento de esta vivencia, por parte de los profesionales de enfermería, puede permitir una mejor comprensión de su proceso de enfermedad, lo que permite implementar intervenciones más efectivas. Años atrás, se han estudiado las experiencias de los pacientes y de su familia en cuidado intensivo, denotando incomodidades derivadas de la alteración de sus necesidades básicas, causándoles preocupación (13). Los pacientes manifiestan que la Unidad de Cuidado Intensivo tiene factores estresantes como la luz, la interrupción del sueño por el monitoreo personal, estar quieto sin hacer nada y la falta de privacidad para las necesidades fisiológicas (14), entre otros (15), los cuales se asimilan a la falta de comodidad que puede existir en una Unidad de Cuidado Intensivo. El poder aclarar este concepto con todos sus aspectos de contextualización puede llegar a magnificar el confort y logra instaurar una teoría como la realizada por Kolcaba, específicamente en pacientes con enfermedad cardiovascular que están hospitalizados en una Unidad de Cuidado Intensivo.

Del mismo modo, se encuentran más aspectos importantes en los estudios de hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo, tal y como indican Garrido, González & García: “El alto grado de especialización y procedimientos invasivos

hacen que la Unidad de Cuidados Intensivos sea considerada como área generadora de estrés, lo que se ha relacionado con la aparición de delirio en los pacientes críticos” (16). Por tal razón, el delirio es un signo de alta incidencia en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, lo que afecta su área cognitiva por falta de confort a causa de eventos como la privación del sueño, la tensión emocional, la utilización de algunos medicamentos y la misma enfermedad. Es por esto que el cuidado de enfermería, con estrategias que favorezcan el confort, resulta fundamental en el manejo del delirio, por medio de la comunicación, la orientación y el facilitar la compañía de familiares.

Otra situación clínica común en un servicio de cuidado intensivo son los pacientes que requieren de ventilación mecánica asistida. En estos pacientes, la comodidad y su relación con el medio se ve aún más comprometida por dispositivos médicos invasivos, cables de monitorización, restricción de la visita y la dificultad en la comunicación. Esta situación se evidencia en un estudio (17) que concluye que el experimentar situaciones difíciles y estresantes en algunas ocasiones generaba sentimientos de tristeza, depresión, angustia, dolor e incomodidad debido a los procedimientos que se les realizaba o por los equipos que debían tener para suplir sus funciones vitales. De todos modos y pese a la incomodidad, los pacientes del estudio expresaron la resignación como una manera de aceptación y de superación frente a su situación (17).

Para los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, la situación no es diferente según lo expuesto por Vincent (18), quien afirma que el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos supone un estrés para el paciente y sus familiares, que está originado no solo por la gravedad del paciente, sino también por las dificultades en la comunicación que existen con este y con la familia.

Todos estos contextos en la UCI demuestran la importancia que ejerce un cuidado humanizado de enfermería a los pacientes hospitalizados y a sus familias, con un énfasis en el respaldo que se le debe dar al favorecimiento de las medidas de confort, basadas en brindar alivio, tranquilidad y trascendencia, con el fin de brindar un cuidado integral al paciente hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo en su área social, psicoespiritual, física y ambiental.

Enfermería, desde sus inicios, siempre ha obrado por la salud del ser humano y su entorno. Su razón de ser es cuidar integralmente al individuo, a través del conocimiento, la experiencia y la investigación. La comodidad es una herramienta que la enfermera puede brindarle a un paciente y es el punto a favor en un proceso de salud-enfermedad, especialmente en la Unidad de Cuidado Intensivo, en donde las situaciones vividas por un paciente pueden ser causales de estrés, dolor y desesperanza y que a la postre pueden repercutir directamente en su estado de salud.

Al hablar de comodidad, es importante comenzar desde su término, que proviene del latín *commoditas satis* (conveniencia suficiente) y que significa, según el

Diccionario de la Real Academia Española, “Cosa necesaria para vivir a gusto y con descanso” (19). Esta palabra tiene varios sinónimos, como confort¹ y bienestar. El término comodidad es pertinente utilizarlo al hablar de un cuidado de enfermería, ya que existen teoristas que se han referido a este término desde varios puntos de vista, al igual que también hay formatos para evaluarlo, un aspecto de gran utilidad para la investigación de este fenómeno en particular.

En un estudio realizado a pacientes en etapa terminal, se evidenció que a menudo las necesidades de comodidad van más allá de la gestión del dolor. Tales necesidades de confort son favorecidas por el apoyo social, ambiente tranquilo y espiritual, paz y resolución de conflictos (20). Estrategias encaminadas a estos aspectos pueden ser utilizadas por enfermería para el manejo de pacientes hospitalizados en la UCI.

También hay estudios que documentan la comodidad en pacientes hospitalizados específicamente en la Unidad de Cuidado Intensivo. Los resultados indicaron que dentro de las necesidades de los pacientes, la comodidad física, la sensación de seguridad, el sentirse respetado como un individuo único, el apoyo emocional y el ser informado son aspectos muy importantes para pacientes en una UCI (21).

Dentro de estos aspectos, las necesidades de comodidad física y la sensación de seguridad ocuparon los primeros puestos. Este resultado es lógico, porque el malestar físico es causado por diferentes factores de estrés, como por ejemplo el dolor, el ruido, la inmovilización de equipos y los trastornos del sueño, los cuales son los aspectos más preocupantes de la enfermedad crítica (14). Esta sensación de seguridad y comodidad física puede estar relacionada directamente al acompañamiento de un familiar cercano, facilitado muchas veces por la enfermera, con el fin favorecer un ambiente conocido y amigable para la persona hospitalizada.

Además, se ha investigado la comodidad en otras áreas de trabajo para enfermería, como lo es en salas de cirugía, con la implementación del cuestionario GCQ elaborado por Katharine Kolcaba. En un estudio cuasi-experimental, que tenía por objetivo identificar las necesidades de comodidad de los pacientes hospitalizados en un servicio de cirugía, se brindaron medidas de comodidad por parte de la familia (22). Como resultados de la investigación, después de implementar el mismo instrumento dos veces, se obtuvo un grado de comodidad de 90,9% para la primera medición y un 94,4% en la segunda medición después de haberse aplicado medidas de comodidad por parte de la familia, lo que soporta la importancia de la intervención de la familia en el logro de la comodidad (22). Se concluyó entonces que la familia está en la capacidad de asumir determinadas responsabilidades en el cuidado del paciente, mientras esté hospitalizado, ayudando a afrontar su crisis de enfermedad y favoreciendo un cuidado más humano y hogareño, como propuesta se debía disminuir las restricciones que existen en los hospitales en lo que se refiere a visitas, cuartos estrechos y oscuros, además de seguir identificando necesidades de

¹ El término *confort* procede del francés y *comfort* de inglés.

comodidad por medio del Cuestionario GCQ, en grupos de pacientes según diagnósticos específicos (22).

La Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular es un lugar significativo en el cual se puede describir el confort de los pacientes utilizando el instrumento GCQ de Katharine Kolcaba con el fin de explorar los tipos de confort, como lo son el alivio, la tranquilidad y la transcendencia que pueda llegar a tener un paciente. Todo lo anterior teniendo en cuenta los cuidados diarios de enfermería mientras el paciente se encuentra en una unidad de alta complejidad cardiovascular; conforme se indaga su situación desde el contexto físico, psicoespiritual, social y ambiental. Por ende, la comodidad es una herramienta que tiene enfermería para favorecer el bienestar del paciente, la familia y la institución, a través de criterios de clasificación en unos contextos y tipos de confort ya establecidos por la teorista Katharine Kolcaba, como ella misma lo ha planteado:

“Una premisa adicional para la teoría de la comodidad es que cuando las enfermeras se ocupen efectivamente de las necesidades de confort de los pacientes, mejores resultados de los pacientes e institucionales se consiguen, como la mejora de la satisfacción del paciente, las descargas de éxito y la viabilidad financiera de la institución”. (23)

En el estudio realizado por Proenca (14) sobre la percepción de los pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo se describe el valor que tiene involucrar a los profesionales en la asistencia al paciente crítico, reflexionando sobre la importancia de escuchar al paciente, responder a sus preguntas y satisfacer sus necesidades. El estudio fue implementado en la UCI, logrando un rediseño de la atención y promoción de un entorno más humano, atento a necesidades individuales de cada paciente. En el estudio se concluyó que era necesario desarrollar estudios más amplios que impliquen mayor número de personas, con el objetivo de entender, desde la perspectiva del paciente, la experiencia de ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo.

La práctica del cuidado de enfermería ha llevado a nuevos e innumerables caminos, con el objeto de seguir incursionando en el conocimiento del fenómeno de la comodidad. En las UCI lo importante ha pasado a ser la alta tecnología, la monitoria invasiva, la mejora de tiempos y los resultados costo efectivos, relegándose el hecho de recapacitar en lo que piensa y siente el paciente cuando está hospitalizado. Este conocimiento sigue siendo un reto, pues el ser humano también ha evolucionado y requiere ser escuchado para favorecer así su evolución y bienestar.

Aún quedan asuntos por conocer y profundizar frente a la comodidad que vivencia el paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo, por lo que ampliar y comprender los componentes que apoyan o afectan la comodidad desde la perspectiva teórica de Kolcaba, al igual que cómo se encuentran relacionados, hará parte de los propósitos de esta investigación (22,23).

1.1.3. Relevancia disciplinar

De las primeras teoristas en enfermería que evidenció el fenómeno de la comodidad y escribió sobre el tema fue Florence Nightingale, quien se refería a enfermería como la responsable del cuidado de la salud de las personas, porque esta debía ponerlas en la mejor forma posible para que la naturaleza pudiera actuar sobre ellas, siendo fundamental el cuidado del ambiente, la comodidad y la higiene (24). La importancia que dio al papel de la enfermera en la organización del entorno se debió a su búsqueda por entender las causas de la enfermedad e hizo gran énfasis en el trabajo de prevención para evitar su reaparición mediante la organización del entorno (24).

Por su parte, Virginia Henderson cita en diversas oportunidades el concepto de comodidad. Entre los supuestos principales de su modelo conceptual, señala:

“Cada individuo lucha por mantener la salud o recuperarla, y desea ser independiente en cuestiones de salud. Un estado de salud es aquel en el que se experimenta una sensación de bienestar o comodidad, del cual nos hacemos más conscientes cuando perdemos la salud...” (25).

También, Jean Watson incluye la comodidad entre los diez factores del cuidado que el profesional de enfermería debe tener en su interrelación con el paciente, para ayudarlo a acoger conductas de búsqueda de la salud:

“Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, socio-cultural y espiritual, proporcionando un ambiente sanador en todos los niveles, dando fuerza y energía al "ambiente no físico", reforzando la belleza, la integridad, la comodidad, la dignidad y la paz. El bienestar se debe evaluar desde el paciente y no por rutinas establecidas en los servicios hospitalarios. Aspectos como una cama confortable, una posición correcta y la realización de ejercicios, son tan importantes como explicar al paciente los procedimientos que se van a realizar, y la satisfacción de sus necesidades espirituales”. (26)

Enfermería en su transcurso teórico ha tenido la voluntad de recurrir a la comodidad, la cual puede ser ofrecida a los pacientes y de esta forma ejercer un cuidado que satisfaga las necesidades del ser humano. Es así como Katharine Kolcaba sienta bases de un cuidado de enfermería a través de la comodidad fortaleciendo una teoría que plantea la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de medidas para satisfacer esas necesidades y su posterior valoración después de su implantación como la esencia del cuidado enfermero (27). De este modo, Kolcaba conceptualiza la comodidad como:

“La satisfacción de las necesidades del paciente que surgen de situaciones estresantes del estado de salud, para obtener un estado de *alivio* (satisfacción de la necesidad), *tranquilidad* (calma para lograr un desempeño adecuado) y *trascendencia* (potencialización de las capacidades de la persona)”. (28)

En la misma línea, Kolcaba creó un instrumento de medición para conocer el grado de comodidad, el cual está desarrollado en el contexto en que se promueve: lo físico, lo psicoespiritual, lo social y lo ambiental, estableciendo tres tipos de confort: *alivio, tranquilidad y trascendencia*. Tal instrumento es denominado como el *Cuestionario General de Comodidad (GCQ)*, el cual tiene una alta relación entre la teoría y la práctica.

Este cuestionario validado permite describir la comodidad de los pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular, sus vivencias y expectativas de un servicio poco motivador, de gran variedad de experiencias incómodas para el ser humano enfermo. Además, facilitará comprender el papel que tiene enfermería en el sentir de los pacientes y cómo se pueden buscar estrategias de cuidado con el fin de mejorar el confort.

En el estudio realizado por Mussi y otros en el 2002, se indica que una visión integral permite a las enfermeras el reconocimiento de la persona, sana o enferma, permitiendo la construcción de un conocimiento ético en el servicio de la humanidad del hombre hacia la recuperación (29). Los autores señalan que una enfermera bien entrenada es un profesional consciente de lo social, lo político, lo histórico y lo ideológico, para la acción crítica y eficaz en el contexto de las prácticas de salud (29). Por tal razón, la capacitación debe garantizar las oportunidades de enfermería a reflexionar sobre el orden hospitalario, la tecnología y la administración ligada a la racionalidad médica y científica y a cuestionar la óptica de la promoción de la comodidad, para que enfermería sea más integral y efectiva (29).

Las necesidades de los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo pueden variar, no siempre se satisfacen, y las percepciones de los pacientes están relacionadas con diferentes factores. Las necesidades de comodidad física indican el sentirse seguro; mientras que en las psicológicas se encuentra el apoyo emocional, el sentirse respetado como un individuo único y el ser informado, los cuales son aspectos muy importantes para los pacientes ingresados en la UCI. La comodidad y la seguridad, por ende, son las necesidades más importantes para los pacientes (21). En un estudio fenomenológico desarrollado en una Unidad de Cuidado Intensivo, se expresó que este es un ambiente poco amable que produce sensaciones de miedo, aislamiento y dolor. La posibilidad de contar con la familia es una herramienta que proporciona un soporte emocional y de satisfacción al paciente (30). Es así como el apoyo social con que cuenta la persona puede complementar, junto con el cuidado de enfermería, una comodidad sentida por el paciente en un ámbito tan riguroso como la UCI.

Los pacientes manifiestan sentimientos de tristeza, angustia, dolor e incomodidad en su estadía en la Unidad de Cuidado Intensivo, al igual que resignación al no lograr comunicarse adecuadamente. Su familia es primordial para el afrontamiento de esta situación, logrando que el personal de salud brinde un trato integral, no

solamente en el aspecto físico o biológico, sino también que se tenga en cuenta el aspecto biopsicosocial y espiritual (17).

Para los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, es importante la comodidad física y la sensación de seguridad. En un estudio realizado en las Unidades de Cuidados Intensivos de hospitales de Estonia (21), se destaca que las necesidades de comodidad son muy específicas para cada región o localidad, es decir que son contextuales y no se deben generalizar. Cada paciente es único y así mismo debe ser tratado. Del mismo modo, se concluye que describir en la región cómo es la comodidad de los pacientes, específicamente en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular, contribuirá a un mejoramiento del cuidado en este sentido.

Adicionalmente, existen otros resultados de una investigación en la que se observó que las situaciones vividas en la Unidad de Cuidados Intensivos eran estresantes, por lo que se debe preparar al paciente con anticipación y explicándole los procedimientos para reducir el nivel de estrés y ansiedad. Entre las necesidades identificadas fueron el manejo del dolor, la comodidad y el control de la misma enfermedad. En este estudio se concluye que el acompañamiento de la enfermera es indispensable, con especial énfasis en las técnicas de relajación y de acompañamiento social que proporcionan comodidad (31).

En general, el confort del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo se ve comprometido. Este confort no es solamente físico, sino también social y psicoespiritual, aunque en la literatura revisada no se ha evidenciado de manera completa la descripción de la comodidad de los pacientes con enfermedad cardiovascular hospitalizados en una UCI. Aunque la enfermera tiene la capacidad profesional, el desarrollo teórico y las herramientas legales y sociales para desarrollar un ambiente que promueva la comodidad hospitalaria o comunitaria, no se cuenta con una mayor comprensión frente a lo que representa la comodidad en este grupo de pacientes, máxime cuando este fenómeno (la comodidad) es la base para favorecer al ser humano en un proceso de bienestar (21,31).

1.2. Planteamiento del problema

Los pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular se encuentran en un estado de comodidad limitada, las situaciones vividas pueden ser causales de estrés, enfermedad o empeoramiento del cuadro de alteración de la salud por el cual ingresó. Estas circunstancias requieren de la profundización en el tema en relación con el cuidado de enfermería, la información existente no es suficiente y por lo mismo se requiere consolidar y ampliar su descripción aún más desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa.

La comodidad del paciente en un proceso de hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular al ser un suceso imprevisto en la mayoría de los casos es una situación desconocida, por tal razón es importante conocer a

cabalidad sus experiencias, sentimientos y situaciones que repercutieron en su comodidad para tener una mayor claridad en los aspectos que favorecen y desmejoran su comodidad como puede ser en el ámbito social, físico, emocional y psicológico del paciente, según la teoría de Katharine Kolcaba para lograr tomar medidas para mejorar su bienestar y a la vez su recuperación del estado en que se encuentra.

La comodidad es un cuidado de enfermería que favorece la integridad del ser humano, brinda bienestar emocional, físico, social y espiritual, a través de la variedad de actividades y procesos basados en evidencia científica que estimulan al ser humano a estar bien, a sentirse bien en este caso específico, mientras está hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular con todas las dificultades que pueda contar.

La caracterización del cuidado de enfermería, en torno a la comodidad, puede captar la dinámica profesional en un área específica como lo es en la Unidad de Cuidado Intensivo, incorporando el referente teórico de enfermería de la Doctora Katharine Kolcaba como teórica principal frente al concepto de comodidad y sus características.

Por todo lo anterior, los pacientes con enfermedad cardiovascular, según su estado de salud y complejidad de atención, requieren de la hospitalización en una Unidad de Cuidado Intensivo, dado que el estrés que conduce la misma enfermedad, los cambios en sus hábitos y la lejanía de su círculo social pueden ser factores que comprometan su comodidad, pudiendo llegar a reflejarse en su mismo estado de salud. Es en esta situación en la que enfermería debe evaluar su escenario actual para planear y ejercer un cuidado de enfermería basado en las necesidades del paciente.

1.3. Formulación del problema

¿Cómo es la comodidad del paciente hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular?

1.4. Objetivo general

Describir la comodidad del paciente adulto hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular.

1.5. Objetivos específicos

1.5.1. Fase cualitativa

Describir los factores percibidos por el paciente respecto a la comodidad al estar hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular.

1.5.2. Fase cuantitativa

Determinar la comodidad en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social, en términos del alivio, tranquilidad y trascendencia.

1.6. Definición de conceptos

1.6.1. Comodidad

Es la satisfacción de las necesidades del paciente que surgen de situaciones estresantes del estado de salud, para obtener un estado de *alivio* (satisfacción de la necesidad), *tranquilidad* (calma para lograr un desempeño adecuado) y *trascendencia* (potencialización de las capacidades de la persona). (28)

1.6.2. Paciente adulto hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular

Persona adulta, mayor de 18 años de edad, que se hospitaliza en un servicio especializado de alta complejidad, la Unidad de Cuidado Intensivo, quien presenta alguna alteración que afecta el sistema cardiovascular.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Comodidad como elemento esencial del cuidado

El interés de la investigación se basa en la necesidad de describir la comodidad del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo, la cual puede llegar a disminuir o a evitar factores de riesgo cardiovasculares y situaciones que puedan aumentar los niveles de estrés, ansiedad o agotamiento que lleguen a empeorar su cuadro clínico por el cual ingresó.

En el campo de la enfermería, de las primeras teóricas que evidenciaron el fenómeno se puede destacar a Florence Nightingale, quien se refería a enfermería como la responsable del cuidado de la salud de las personas. Nightingale también menciona que, en su interacción, la enfermera debía poner a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pudiera actuar sobre ellas, en esta propuesta es fundamental el cuidado del ambiente, la comodidad y la higiene (24). La importancia que dio al papel de la enfermera en la organización del entorno se debió a su búsqueda por entender las causas de la enfermedad e hizo gran énfasis en el trabajo de prevención para evitar su reaparición mediante la organización del entorno (24). Por ello, el pensar en la mejor forma posible de realizar una actividad determina un cuidado con base en la comodidad, favoreciendo el bienestar del ser humano por medio de sus capacidades y recursos disponibles, logrando proyectar un nuevo rumbo para enfermería.

Este desarrollo teórico de enfermería ha intentado ahondar en el fenómeno de la comodidad y de esta forma poder ejercer un cuidado que satisfaga las necesidades del ser humano, tal y como lo menciona Kolcaba: “Los humanos tienen implícita y explícita la necesidad de confort cuando se trabaja por fortalecerlos y motivarlos, mejora la terapia, la rehabilitación, y el aprendizaje hasta adherirse a un nuevo régimen” (32). Cuando el ámbito del paciente es cómodo, este a su vez le facilita su estadía y puede llegar a desarrollar una mejor evolución de la enfermedad. Esta relación de comodidad y enfermedad también se ve en el estudio realizado en un servicio de neurocirugía donde también involucran a la familia: “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” (15). En este sentido, en la enfermera está la apropiación de diversas maniobras, elementos y decisiones para favorecer un estado de comodidad en la situación o contexto en que se encuentra el paciente hospitalizado.

El término confort se utiliza en diferentes contextos de la práctica de enfermería y es parte del lenguaje cotidiano del equipo, siendo considerado como un componente de atención (33). Es entonces que se puede hablar del confort como un tipo de

cuidado, al tener unas necesidades específicas y unas intervenciones orientadas hacia el confort:

- *Necesidades de cuidados de la salud:*

Las necesidades de cuidados de la salud son básicas para conseguir la comodidad. Estas surgen a partir de las situaciones estresantes que las personas viven en los sistemas tradicionales de apoyo y salud y que no pueden ser o no han sido satisfechas de manera apropiada. Estas necesidades pueden ser físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales. Las necesidades se ponen de manifiesto a través del seguimiento, informes verbales y no verbales, parámetros fisiopatológicos, educación y de apoyo, y asesoramiento e intervención financiera (34).

- *Intervenciones de Confort:*

Las intervenciones de confort son intervenciones de las enfermeras diseñadas para suplir y estudiar necesidades específicas de comodidad de los receptores, como intervenciones fisiológicas, sociales, culturales, financieras, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas (35). Estas intervenciones son desarrolladas con una base científica, estableciendo un cuidado holístico en pro del alivio, la tranquilidad y la trascendencia del ser humano que cursa por un estado de enfermedad que, para esta investigación, está afectado en su sistema cardiovascular y se encuentra hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo.

2.2. Comodidad en la Unidad de Cuidados Intensivos

La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio de alta complejidad en la cual se brinda atención y cuidados para alcanzar la recuperación o el mantenimiento de la salud, con un equipo interdisciplinario y de tecnología avanzada a personas que se encuentran en condiciones críticas de salud, posterior a una cirugía, trauma o descompensación generada por la severidad de una enfermedad. Las Unidades de Cuidados Intensivos son ambientes para el cuidado de pacientes en los que potencialmente pelagra la vida, que necesitan servicio ininterrumpido. Se caracterizan, a menudo, por ser un entorno relacionado con el sufrimiento y la muerte (14). Por lo tanto, la hospitalización en UCI implica una gran situación de estrés para el paciente, repercutiendo directamente en la comodidad de este.

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible establecer la importancia que tiene la enfermería en la estadía de una persona en una Unidad de Cuidado Intensivo, pues es tan relevante el alivio físico como el emocional. El paciente puede ser reconfortado al dedicársele cuidados específicos que le brinden comodidad, permitiendo al mismo tiempo disminuir otros aspectos como el estrés y la angustia.

Un ejemplo claro de ello se ofrece en un estudio realizado en un servicio de neurocirugía, cuyo propósito era:

“Orientar a la familia a proporcionar comodidad a la persona hospitalizada para favorecer la tranquilidad y el bienestar a través de intervenciones de enfermería, que están encaminadas a aumentar el confort de la persona, dando un giro total al enfoque del cuidado biológico y pasando a un enfoque centrado en la persona y su familia; así como, a hospitales más humanos y cálidos, donde la familia y el enfermo se sientan como en su hogar y la situación de enfermedad no sea tan notoria ni estresante. Esto se puede lograr involucrando a la familia en el cuidado para que sea un miembro activo y no sólo un visitante pasivo”. (15)

También, hay un estudio que demuestra que el ingreso y la estancia de las personas en una unidad de cuidados críticos favorecen sentimientos de miedo y preocupación, tanto por las circunstancias propias y del entorno, como por las posibles secuelas de la enfermedad. Todo ello origina nuevos replanteamientos de rol y posibles cambios en el estilo de vida. Gracias a ello, se pudo conocer con profundidad la experiencia sentida por los pacientes con cardiopatía isquémica en la unidad de cuidados críticos y establecer unas actuaciones de enfermería dirigidas a minimizar sentimientos negativos para favorecer así una evolución más satisfactoria de su proceso de enfermedad, contribuyendo al proceso de humanización de los cuidados (10).

Por lo descrito hasta el momento, se requiere profundizar en los temas específicos de comodidad en el contexto de la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular, para luego evidenciar las estrategias de mejora en todas las áreas físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales.

2.3. Teoría de la comodidad de Katharine Kolcaba

Katharine Kolcaba conceptualiza la comodidad como:

“La satisfacción de las necesidades del paciente que surgen de situaciones estresantes del estado de salud, para obtener tres tipos de confort: el primero es el alivio, satisfacción de la necesidad; segundo, tranquilidad, calma para lograr un desempeño adecuado y el tercero trascendencia, potencialización de las capacidades de la persona”.(28)

Desde este concepto, Kolcaba desarrolló e implementó un instrumento de medición para conocer el grado de comodidad de las personas en diferentes contextos, en el que se puede desarrollar lo físico, lo psicoespiritual, lo ambiental y lo social. Este cuestionario lo denominó como el Cuestionario General de Comodidad (GCQ), que cuenta con propiedades psicométricas sólidas, lo que demuestra una gran consistencia entre la teoría y la práctica.

La teoría del confort de Kolcaba es de nivel intermedio y cuenta con tres tipos de confort basados en teorías ya existentes (27): el primero, el *alivio*, se elaboró a partir del trabajo de Orlando en 1961, quien afirmaba que las enfermeras satisfacían las

necesidades de los pacientes. El segundo, la *tranquilidad*, tomado del trabajo de Henderson de 1966, describía las funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse en homeostasis. El tercero, la *trascendencia*, partió de la obra de Paterson y Zderad de 1975, quienes creían que podían superar las dificultades con la ayuda de las enfermeras.

Según Kolcaba, el confort debe brindar al ser humano un espacio de serenidad y equilibrio, ya que la persona que no tiene estrés es una persona más saludable y libre de factores de riesgo cardiovascular, lo que favorece la salud física, psicoespiritual, social y ambiental que es determinada de la siguiente manera (23):

- *Física*: sensaciones corporales y mecanismos homeostáticos.
- *Psicoespiritual*: perteneciente a la conciencia interna de sí mismo, autoestima, autoconcepto, sexualidad y significado en su vida. Además, la relación con un orden o ser superior.
- *Socioculturales*: relativos a relaciones interpersonales, familiares y sociales. También a las tradiciones familiares, rituales y prácticas religiosas.
- *Medio ambiente*: relacionados con el entorno externo, las condiciones e influencias.

Kolcaba partió de la estructura taxonómica del confort, como se ve en la Tabla 1, como guía para desarrollar el cuestionario general de comodidad y lograr medir el grado de comodidad holística (35).

Tabla 1. Estructura taxonómica del confort de Kolcaba

	Tipos de Confort	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Contexto en el que se produce	Físico			
	Psicoespiritual			
	Ambiental			
	Social			

Fuente: Kolcaba K. *Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer; 2003.

La teoría de Katharine Kolcaba explica los aspectos necesarios para valorar y comprender la comodidad de un ser humano, de una forma holística en todos los contextos que pueda desarrollarse. Por ello, se ha implementado en diferentes servicios y actores de los servicios de salud brindando un nuevo conocimiento. De este modo, resulta importante el hecho de trascender en el conocimiento de la comodidad de los pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo a partir de las vivencias y sentimientos de los pacientes.

La Unidad de Cuidado Intensivo es un espacio restringido de comodidad, en enfermería la importancia del cuidado holístico del ser humano es la base para retomar los referentes teóricos para favorecer la comodidad en estos pacientes al tener repercusiones en los contextos sociales, psicoespirituales, físicos y ambientales, como lo explica la teoría de la comodidad de Kolcaba con sus estudios de confort en un tipo de comodidad como el *alivio*, la *tranquilidad* y la *trascendencia* en todo ámbito donde pueda estar la enfermera.

3. MARCO DE DISEÑO

3.1. Tipo de estudio

El presente estudio tiene un enfoque mixto, cualitativo y cuantitativo de ejecución concurrente, lo que implica el desarrollo de un estudio cualitativo y la recolección de datos cuantitativos de manera paralela para realizar al final un análisis independiente, pero que confluye en un análisis mayor, como se describe en las siguientes condiciones del método (36):

1. Se recaban en paralelo y de forma separada datos cuantitativos y cualitativos.
2. Ni el análisis de los datos cuantitativos ni el análisis de los datos cualitativos se construye sobre la base del otro análisis.
3. Los resultados de ambos tipos de análisis no son consolidados en la fase de interpretación de los datos de cada método, sino hasta que ambos conjuntos de datos hayan sido recolectados y analizados de manera separada para llevar a cabo la consolidación.
4. Después de la recolección e interpretación de los datos de los componentes cuantitativos y cualitativos, se efectúa una o varias “metainferencias” que integran las inferencias y conclusiones de los datos y resultados cuantitativos y cualitativos realizadas de manera independiente”. (36)

Para la presente investigación, es necesario un estudio cuali-cuantitativo del confort en UCIC, puesto que la comprensión del fenómeno del confort no será completa al abordarlo desde una sola postura epistémica. Por esto, se requiere utilizar dos miradas que aporten elementos complementarios para poder dimensionar la realidad del confort experimentado por las personas hospitalizadas en una UCIC. La idea es ampliar el conocimiento de las dimensiones y características presentes en este fenómeno, al ser el confort un constructo complejo y multidimensional (36).

El presente es un estudio de tipo descriptivo, que busca describir la naturaleza plena del fenómeno de la comodidad de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular, servicio en el que se desenvuelve el profesional de enfermería. Paralelamente al estudio, se lleva a cabo una entrevista semiestructurada, con el fin de escuchar el sentir de los pacientes, sus expresiones y vivencias durante los días que permaneció en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Posteriormente, se aplicó a estos mismos pacientes el instrumento Cuestionario General de Comodidad (GCQ), elaborado por Katharine Kolcaba, dos días después de la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo, con previo consentimiento informado por escrito (Ver anexo 2). La investigación, al ser de tipo descriptivo, busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (36).

El estudio se inició mediante la revisión sistemática de literatura sobre comodidad de los pacientes en unidades de cuidado intensivo. Los documentos objeto de análisis fueron buscados sin delimitación temporal en las bases de datos Medline, Pubmed, Academic Search Complete, Biblioteca virtual en salud (BVS), Ovid Nursing, Scielo y Embase, a partir de las palabras clave *comfort*, *critical care*, *questionnaire* y *patient*.

De esta búsqueda, se revisaron 35 piezas de investigación que se ubicaron en revistas de enfermería y medicina, sin límite de tiempo de publicación, logrando establecer lo que se conoce y los vacíos sobre el fenómeno y las características del instrumento GCQ como herramienta válida para indagar sobre la comodidad en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular.

Cuando hablamos del rigor de esta investigación en su fase cuantitativa, se habla de la validez de medida al referir del instrumento utilizado las cualidades psicométricas publicadas, pues se logra medir la variable central y analizarla con base en la propuesta de la teorista y utilizadas por la investigadora.(36) Específicamente el instrumento GCQ de Katharine Kolcaba en su versión española tiene una consistencia interna con un Alfa de Cronbach de 0.88 (37). La validez estadística se llevó a cabo a través de la utilización de estadística descriptiva oportuna para alcanzar los objetivos específicos y los resultados cuantitativos para lograr describir las variables del estudio (38).

Su validez es expuesta al ejemplarizar sus variables de interés en las dimensiones propuestas por el investigador en la situación de estar hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo. Pero al hablar de la validez interna específicamente se ve expuesta puesto que se buscó conocer y describir desde una perspectiva epistémica interpretativa complementada por la otra objetiva, la comodidad de los pacientes en la UCI, utilizando los dos abordajes que pueden ampliar la comprensión del mundo, y porque se realizó en un grupo homogéneo de estudio y en situaciones similares de experiencia. (36)

Al hablar de la validez externa se puede decir que el estudio se puede generalizar a otros grupos de pacientes en otras unidades de cuidado intensivo similares a las del Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá.

En la fase cualitativa se debe considerar el criterio de rigor denominada dependencia (36) que establece que los datos deben ser revisados por distintos investigadores y estos deben arribar a interpretaciones congruentes, es así, como en la investigación estos datos fueron analizados por la investigadora principal y por su asesora, concluyendo en información congruente entre esta misma y comparada con la literatura existente según el diseño propuesto.

La credibilidad fue evidenciada al exponer a cabalidad lo expuesto y experimentado por el participante de la investigación en la unidad de cuidado intensivo del HUSI, igualmente el criterio de transferibilidad se denota al poder extender estos resultados en otro contextos similares a la unidad de cuidado intensivo puesto que

a partir de esta información de los participantes enfermos descrita en el estudio es posible reconocer la experiencia de personas en situaciones similares.

La validez reflexiva,(39) implica la exploración, el reconocimiento y puesta en forma explícita de las concepciones del investigador, así mismo, en cada etapa de esta investigación en la fase cualitativa se retoma lo encontrado en las expresiones y vivencias del participante, el reconocimiento previo de las concepciones que tiene el investigador respecto a este fenómeno de la comodidad .

Al hablar de audibilidad tomamos como ejemplo la auditoria de la investigación según Polit, (38) que implico que un revisor externo como el director de esta investigación también analizara los datos y documentos incluidos en el y se hiciera una verificación de los resultados obtenidos.

3.1.1. Técnicas y Procedimientos

3.1.1.1 Entrevista semiestructurada

El proceso de recolección cualitativa se realizó por medio de la implementación de la entrevista semiestructurada (ver anexo 3), dado que, como lo indica Hernández Sampieri, “el enfoque cualitativo utiliza la recolección de los datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (36). En este sentido, se empleó esta herramienta para lograr complementar la descripción de las expresiones de las vivencias de las personas investigadas frente a lo realizado con el cuestionario GCQ de Katharine Kolcaba. Esta entrevista se realizó en paralelo con el cuestionario GCQ, en un espacio en donde el paciente manifestó su comodidad y tranquilidad para contestar las preguntas, como fue la habitación asignada en la UCI o al ser trasladado posteriormente a la habitación del servicio de hospitalización básica, después de haber cumplido el criterio de hospitalización en la UCI Cardiovascular durante dos días seguidos. Se estimó un tiempo promedio de realización de máximo 30 minutos.

Según Hernández Sampieri, la recolección de datos cualitativos se desarrolla:

“Al obtener datos (que se convirtieran en información) de personas, seres vivos, comunidades, contextos o situaciones en profundidad; en las propias formas de expresión de cada uno de ellos [...] con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento”. (36)

Esto quiere decir que las preguntas de la entrevista semiestructurada (Ver anexo No. 3) se realizaron con el fin de escuchar a los pacientes con sus propias palabras y poder detallar situaciones o sensaciones no descritas en el cuestionario, con el propósito de conocer las vivencias de los factores que afectaron su comodidad en la Unidad de Cuidado Intensivo.

El tipo de análisis que se realizó fue el análisis de contenido, en el que el investigador empieza con algunas ideas preconcebidas acerca del análisis, las cuales utiliza para clasificar los datos. En el análisis de contenido, el investigador

estudia la información obtenida para encontrar palabras o temas particulares especificados con anterioridad en una codificación de los temas (38).

Para el proceso de análisis de contenido, se realizó el modelo por pasos del desarrollo deductivo–inductivo del análisis de contenido propuesto por Mayring, descrito por Cáceres en el 2003 (40):

1. Selección del objeto de análisis dentro de un modelo de comunicación.
2. El desarrollo del pre-análisis
3. La definición de las unidades de análisis
4. Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación
5. Desarrollo de categorías
6. La integración final de los hallazgos

El propósito final del análisis será entonces describir el sentir de la persona que participa en el estudio y lograr evidenciar el valor adicional de un pensamiento para llegar a un nuevo conocimiento, tal y como lo indican Gomes y Ribeiro: “la interpretación se hace desde la perspectiva de los individuos en estudio y no en la visión del mundo del científico” (41). Así, la información se selecciona, se codifica y se interrelaciona para llevar al desarrollo de una nueva comprensión. Como lo corrobora Cáceres, al hablar sobre análisis de contenido “evidenciar el valor adicional de un pensamiento para llegar a un nuevo conocimiento”. (40)

3.1.1.2 Instrumento GCQ

En principio, Kolcaba desarrolló un cuestionario de 48 ítems de autoreporte, con el propósito de identificar las necesidades de los pacientes y de esa manera establecer una medidas encaminadas a proporcionar altos grados de comodidad, el cual se utilizara en este estudio. Cada respuesta era colocada en una escala de tipo Likert de cuatro respuestas en la que 4 tiene un valor de “totalmente de acuerdo” y la puntuación 1 tiene como valor “totalmente en desacuerdo”. Los ítems negativos eran codificados en forma inversa y se obtenían los puntajes de las subescalas. Mayores puntajes significaban un mayor cubrimiento de las necesidades de comodidad. Este cuestionario fue aplicado en diferentes áreas de un hospital: hospitalización, cirugía, psiquiatría, cuidados agudos, oncología y también en la comunidad. Los criterios de inclusión de la muestra utilizada en área de cirugía eran capacidad de leer y escribir en inglés, tener 21 años o más y no tener incapacidad para llenar el cuestionario (22).

El alfa de Cronbach del cuestionario en esta investigación descrita fue de 0,88 y los ítems median un término específico. Posteriormente, fueron excluidos 13 ítems, lo que llevó a que la confiabilidad de la escala por cada contexto fuera:

- Física de 8 ítems 0,70 de alfa de Cronbach.
- Espiritual de 11 ítems 0.78 de alfa de Cronbach.
- Ambiental de 10 ítems 0,80 de alfa de Cronbach.

- Social de 6 ítems 0,66 de alfa de Cronbach.

Las correlaciones entre las subescalas variaron entre 0,57 y 0,65, teniendo en cuenta que los conceptos estuvieron relacionados pero no repetidos.

La validez externa del instrumento utilizado de 48 ítems fue corroborada al demostrar que el instrumento GCQ mostró las diferencias esperadas entre diferentes servicios, como oncología, cirugía, y psiquiatría. (15,22,42) Las versiones traducidas al español de los instrumentos para enfermeras y pacientes fueron validadas en una tesis doctoral en la Universidad Complutense de Madrid (42,43). Estas versiones fueron referenciadas en la página oficial de Katharine Kolcaba como útiles para su aplicación en la investigación y la práctica. Los resultados de la validación realizada por Ferrer Ferrándiz se han publicado recientemente (44) y refiere que las propiedades psicométricas de la escala para comodidad de las enfermeras se mantienen similares a las descritas en el idioma inglés. Para la versión del instrumento en pacientes Ferrer Ferrándiz, informa que los resultados se comportan de la misma manera.

De los 48 ítems del instrumento original, 12 ítems pertenecen al contexto físico, 10 ítems al contexto social y 13 ítems al contexto ambiental como también al psicoespiritual. Para el análisis de resultados, según la escala tipo Likert de las respuestas, hay cuatro opciones cada una con 25% de opción de respuesta, logrando una proporción igual al total de la suma de las 48 respuestas, lo que permite una clasificación por cuartiles de bajo, medio bajo, medio alto y alto confort, utilizado de esta forma para el presente estudio. (Ver tabla No 8)

En el 2015, en Colombia se utilizó el instrumento GCQ Short en personas hospitalizadas con enfermedad crónica permitiendo establecer la congruencia y coherencia en la formulación de cada pregunta, facilitando la comprensión de las mismas por parte de cuidadores con nivel académico bajo; se concluyó que los 28 ítems que conforman este instrumento son pertinentes, relevantes y coherentes para la valoración, logrando medir la comodidad en personas hospitalizadas con enfermedad crónica, pero el Alfa de Cronbach del SGCQ-Español en personas hospitalizadas con enfermedad crónica fue de 0.371, lo cual indicó que este Cuestionario de 28 ítems no era un instrumento confiable para medir comodidad en este grupo poblacional. (45)

En Brasil, Rezende y colaboradores, (46) realizaron una revisión de literatura con el objetivo de identificar los instrumentos adecuados para valorar las necesidades de los cuidadores de pacientes con cáncer en etapa terminal. Concluyeron que existen diversos instrumentos posibles de ser utilizados, pero el Cuestionario General de Confort es el instrumento más adecuado para valorar las necesidades emocionales, físicas y sociales tanto de los pacientes como de sus cuidadores. Cabe mencionar además que este instrumento no sólo permite identificar los problemas, sino que también favorece la toma de decisiones con el fin de mejorar el bienestar de los pacientes y sus cuidadores.

Encontrando que el Cuestionario GCQ de 48 ítems en versión española está en curso de consolidar su validez, se aplicó en este estudio. La aplicación fue realizada por el auxiliar de investigación debidamente capacitado, la información recolectada se analizó bajo los criterios de la teoría de confort de Katharine Kolcaba, explicando el tipo de comodidad existente en los pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular, para lograr plantear nuevos caminos de investigación y práctica de enfermería.

3.1.1.3 Instrumento TISS 28

El instrumento TISS 28 El TISS 28 (Therapeutic and Intervention Scoring System) es una herramienta efectiva y práctica que permite medir y cuantificar la carga de trabajo de enfermería de una unidad o servicio. (47) Se utiliza para cuantificar las intervenciones terapéuticas y reconocer la carga de actividades y asignar enfermera a cada paciente.

Los resultados se clasifican así (47):

Clase I: Enfermos con menos de 10 puntos. No requieren de UCI.

Clase II: Enfermos con 10-19 puntos. Estables que requieren observación.

Clase III: Enfermos con 20-39 puntos. Estables con monitorización invasiva o no y vigilancia intensiva. La evolución más probable es la mejoría.

Clase IV: Enfermos con 40 o más puntos. Inestables que requieren cuidados médicos y de enfermería intensiva con frecuentes valoraciones y cambios de órdenes de tratamiento. Estos pacientes tenían uno o más órganos afectados que hacía que el pronóstico de vida fuera impredecible.

3.2. Población

La población estuvo constituida por todos los pacientes adultos que ingresaron a la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Universitario San Ignacio por cualquier causa.

3.3. Muestra

La muestra de este estudio se estableció en concordancia con el tipo de estudio descriptivo, según Sampieri lo denomina muestra por conveniencia; al estar formado por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso, (36) por esta razón se seleccionaron los pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Universitario San Ignacio por causa cardiovascular al cumplir los criterios de inclusión, durante un periodo establecido de dos meses (Diciembre de 2015 a Enero de 2016).

En esta unidad polivalente el número diario de camas de Cuidado Intensivo del Hospital Universitario San Ignacio son 24, de las cuales una tercera parte, el 33% aproximadamente, son para pacientes hospitalizados a causa de enfermedades cardiovasculares. Teniendo en cuenta lo anterior, fue posible contar con tamaño de muestra no establecido estadísticamente, pero sí significativo al tomar todas aquellas posibles unidades muestrales en un tiempo determinado que cumplieron los criterios de inclusión al estudio y que se encontraban en las unidades determinadas para la atención de pacientes cardiovasculares. El total de egresos hospitalarios en la Unidad de Cuidado Intensivo por mes, desde enero a junio del año 2016, fueron 133 pacientes, mientras que el giro cama (egreso por cama mes) en la unidad fue de 5,8. (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Universitario San Ignacio – Bogotá, en el primer semestre de 2016

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	AÑO 2016						
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	PROMEDIO
Promedio diario de Camas de la UCI	24	24	24	24	24	24	24
Número de Egresos Hospitalario UCI por mes	123	144	142	152	118	120	133
Giro Cama (<i>Egresos por cama mes</i>) UCI	5.3	6.3	5.8	7.0	5.0	5.4	5.8
Total de días Intensivo mes	439	414	424	450	461	527	452
Total de días Intermedio mes	417	364	394	375	440	339	388
Promedio de días por paciente Estancia intensivo	7.7	6.3	7.9	7.0	8.1	7.4	7.4
Promedio de días por paciente Estancia intermedio	5.9	4.3	4.6	3.6	6.9	5.7	5.1

Fuente: Coordinación de Enfermería Unidad de Cuidado Intensivo – HUSI. 2016

3.4. Criterios de inclusión de los participantes

Pacientes adultos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular por enfermedad cardiovascular como infarto agudo de miocardio, falla cardíaca y en posoperatorios cardíacos como revascularización miocárdica, cambio valvular y arteriografías coronarias, que tuvieran la capacidad cognitiva y física para responder, se encontraran estables hemodinámicamente y estuvieran después de los dos primeros días de estancia en la UCI. Además, que para el momento estuvieran conscientes y otorgaran su consentimiento para la aplicación del cuestionario GCQ y la entrevista semiestructurada de la presente investigación.

3.5. Criterios de exclusión de los participantes

Pacientes que en el momento de realizar la entrevista, presentaron un ticc de 40 o mayor, lo que equivale a pacientes inestables.

3.6. Sesgos

Los posibles sesgos que pudieron afectar a esta investigación fueron los referentes al sesgo de clasificación, que consisten en la presencia de errores en la medición.

3.6.1. Sesgo de clasificación (48):

- Mantener unas pautas precisas para la recolección de datos y los criterios de inclusión descritos. El investigador revisó el cumplimiento de los criterios de inclusión en todo paciente cardiovascular que ingresó a la UCI. A cada paciente se le explicó el objetivo y la aplicación del instrumento, la información se recolectó bajo el acompañamiento de una enfermera (Auxiliar de investigación), quien fue entrenada previamente.
- Establecimiento de iguales condiciones de recogida de datos para mejorar su posterior procesamiento, en el mismo momento tratando que se realizara en las mismas condiciones siempre.
- Empleo de un instrumento validado en el idioma español (Instrumento GCQ de 48 ítems de Katharine Kolcaba).
- Mantenimiento de controles en el proceso, encuentros periódicos del investigador principal, el auxiliar de investigación y el tutor.
- Aplicación de algunas estrategias que evitaran la influencia de la persona que recogió los datos como:
 - Contar con el entrenamiento para la investigación.
 - Realizar la aplicación del instrumento GCQ por la auxiliar de investigación y la entrevista semiestructurada por el investigador principal.
 - Explicar al paciente que su participación no tendría ningún efecto sobre su atención ni sobre las intervenciones que pudiera requerir y que, si su deseo era no participar en el estudio, en cualquier momento se podía retirar.

3.7. Marco de análisis

Al ser un estudio de método mixto concurrente, el análisis de datos se realizó según el procedimiento analítico de Hernández Sampieri: “Comparar directamente resultados provenientes de la recolección de datos cuantitativos con resultados de la recolección de datos cualitativos” (36).

Los datos cuantitativos resultaron de los reportes del cuestionario GCQ (ver anexo 1) de Kolcaba y los datos cualitativos de la entrevista semiestructurada (ver anexo 3) realizada por el investigador, logrando entablar una triangulación de la información recolectada, con un Tipo de triangulación Metodológica simultánea, según Denzin, en 1973. “Es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno en singular”. (49)

Finalmente, se realizó análisis de los datos sociodemográficos con estadística descriptiva, con el fin de caracterizar la población con la que se trabajó en la investigación, puntualizando los niveles y su relación con los contextos de la comodidad.

3.8. Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló teniendo en cuenta la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993 (50) sobre normas científico-administrativas para la investigación en Colombia. Esta investigación se cataloga de baja complejidad por no presentar riesgo para la salud humana, teniendo en cuenta el principio de beneficencia y no maleficencia estipulado por la ley 911 del 2004 (51) y por las recomendaciones éticas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (52), en las cuales se manifiesta la obligación de evitar hacer daño a otros, el valor por la vida y por la salud.

Teniendo en cuenta los principios éticos generales según el CIOMS (Consejo Internacional de Organizaciones de las Ciencias Médicas), se explica el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia (53).

El respeto a las personas incluye dos consideraciones éticas fundamentales (51):

- Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación. En este estudio, los participantes contarán con la libertad para retirarse en cualquier momento del estudio. En cuanto a la confidencialidad del participante, la información recolectada se tendrá codificada y libre del nombre de la persona, tanto de los instrumentos diligenciados como de la entrevista semiestructurada.
- Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia, por su parte, se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño (51). Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas, es decir, la no maleficencia (no causar daño) (51). Los resultados del estudio darán luces de los aspectos a tener en cuenta para promover la comodidad en la Unidad de Cuidados Intensivos, buscando mejorar la experiencia vivida.

Dentro de la no maleficencia, se proveerán los mecanismos de acción si llegara a presentarse algún tipo de alteración física, psicológica o emocional en los pacientes

durante la investigación, contando con el equipo interdisciplinario de la Unidad de Cuidado Intensivo: el médico tratante, la enfermera, el auxiliar de enfermería y el interconsultante si lo necesita el caso del paciente, ya sea el psicólogo, el psiquiatra o el asesor espiritual.

Finalmente, en cuanto a la justicia, se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido (51). En la ética de la investigación en seres humanos, el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. En este caso, todos los pacientes que participen recibirán de manera justa la misma información y retroalimentación según los intereses e inquietudes.

Durante la investigación, en la recolección de la información se diligencio el consentimiento informado (ver anexo No. 2) por escrito de la persona participante, cumpliendo el principio de autonomía, respaldando la contribución en la información de manera voluntaria, con la opción de rechazar o abandonar el estudio cuando lo desee y explicando previamente los objetivos del cuestionario y de la investigación, además de la importancia de la veracidad de la información.

La privacidad de la información brindada por el participante al momento del diligenciamiento del cuestionario se conservó mediante la disposición de un espacio específico privado para la ejecución como lo son los habitáculos de la Unidad de Cuidado Intensivo y hospitalización, así como la codificación respectiva. Los documentos se custodian en los archivos privados de la Unidad de Cuidado Intensivo en un tiempo total de cinco años con cadena de custodia de la información brindada por parte de las directivas de la institución.

Además de todo lo anterior, se contó con la aprobación de las personas que componen el Comité Asesor y de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, como también del Comité de Investigación del Hospital Universitario San Ignacio.

3.9. Socialización de resultados

Los resultados de esta investigación serán expuestos en sustentación pública dentro del desarrollo formativo de la Maestría, posteriormente se entregaran estos resultados por medio de un informe escrito y medio magnético a la institución de salud donde se ejecutó el estudio. Se realizara un artículo científico para ser publicado en una revista indexada acorde al tema de interés, como también se presentara en eventos de carácter académico y científico.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterización de los participantes del estudio

Los resultados demográficos surgieron de la tabulación de la información brindada por el paciente en la entrevista, con previa autorización verbal y escrita de la inclusión en el estudio realizado sobre la percepción de comodidad según la teoría de Katharine Kolcaba. A continuación, se exponen las frecuencias y porcentajes alcanzados por los pacientes según variables sociodemográficas.

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de las variables sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

Número de la muestra: 45 pacientes			
ÍTEM		FRECUENCIA	PORCENTAJE
GÉNERO	Masculino	33	73%
	Femenino	12	27
EDAD	Menor a 40	2	4%
	41 - 50	1	2%
	51 - 60	17	38%
	61 -70	14	31%
	71 - 80	10	22%
	Mayor a 80	1	2%
ESCOLARIDAD	No estudió	0	0%
	Primaria	17	38%
	Bachiller	5	11%
	Técnico	10	22%
	Profesional	13	29%
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	Estrato 1	6	13%
	Estrato 2	13	29%
	Estrato 3	19	42%
	Estrato 4	6	13%
	Estrato 5	1	2%

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

La muestra total de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión al estudio fue de 45 personas, a quienes se les aplicó el instrumento de Confort de Katharine Kolcaba en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del Hospital Universitario San Ignacio en el mes de diciembre de 2015 y enero de 2016. Se encontró un

porcentaje de hombres de 73%, mientras que las mujeres representaron un 27%. Por consiguiente, por cada mujer había 2,7 hombres.

En cuanto a la edad, el mayor porcentaje se estableció entre los 51-60 años con 38%, siguiendo los de 61-70 años 31%, de 71-80 años alcanzó 22%, menor de 40 años 4% y por último con 2% para el rango de 41-50 años y mayor de 80 años. Cabe destacar que el mínimo de edad fue de 36 años y el máximo de 83 años, con un promedio de 62,44 años y una desviación estándar de 10,96 años.

Al hablar de la escolaridad de los pacientes, se encuentra que el nivel de primaria fue el más frecuente con 38%, seguido del profesional con 29%, el técnico con 22% y el bachiller con 11%. Importante tener en cuenta que en el grupo de participantes no se encontraron personas analfabetas y en su lugar se evidenció un nivel alto de educación con los niveles de técnico y profesional con 51%. Analizando el estrato socioeconómico de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, predominó el estrato 3 con 42%.

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de los factores relacionados con la hospitalización de los pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

FACTORES RELACIONADOS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	2	23	51%
	3-4	15	33%
	5-7	4	9%
	8-10	1	2%
	11 y más	2	4%
CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	IAM	23	51%
	POP Cardio	16	36%
	Falla cardiaca	5	11%
	Otros	1	2%
CLASIFICACIÓN DEL TISS 28	Clase II	24	53%
	Clase III	19	42%
	Clase IV	2	4%

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Tomando la variable días de hospitalización, se encontró que 51% de la muestra había estado hospitalizada por dos días como mínimo en la Unidad de Cuidado Intensivo, entre 3-4 días 33%, entre 5-7 días 9%, entre 8-10 días 2% y, por último 11 y más días con 4%, con un promedio de 3,49 días, una desviación estándar de 3.27, y un mínimo de 2 días y máximo de 19 días. Las causas de hospitalización por la cual ingresaron a la Unidad de Cuidado Intensivo fueron 51% por Infarto Agudo

de Miocardio, 36% por posoperatorio de cirugía cardíaca, 11% debido a causa de falla cardíaca y 2% por otras causas.

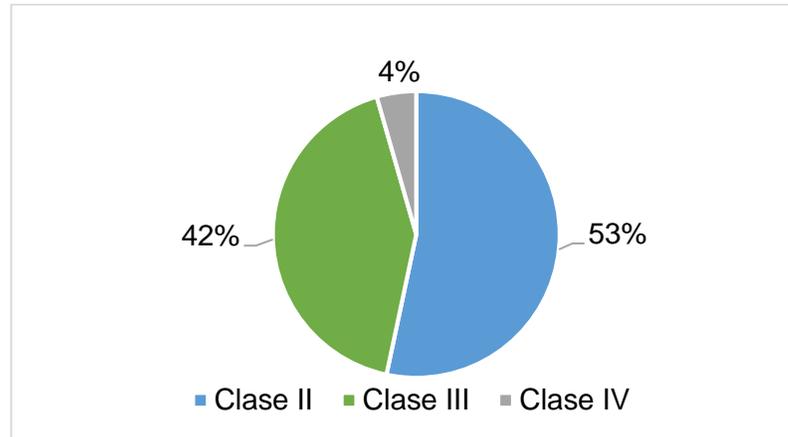


Gráfico 1. Porcentaje de la clasificación del TISS de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015-enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Para cuantificar las intervenciones terapéuticas y reconocer la carga de actividades y asignar enfermera a cada paciente (Gráfico 1), se utilizó el instrumento TISS 28. Para la clase I (pacientes que no requieren de UCI), con puntaje menor de 10, no hubo ningún paciente. Para la clase II (pacientes estables que requerían observación), con puntaje de 10 a 19 puntos, hubo un 53%, más de la mitad de las personas. Para la clase III (pacientes se consideraban estables con o sin monitorización invasiva pero con vigilancia intensiva), con puntaje de 20 a 39 puntos, hubo un 42%. Por último, para la clase IV (pacientes inestables que requieren atención médica y de enfermería intensiva, con un pronóstico impredecible), con puntajes mayores de 40 puntos, hubo un porcentaje del 4%. Como promedio, la clasificación de TISS se encuentra en 22,53 puntos, clase III, con desviación estándar de 8,18, con un puntaje mínimo de 12 y máximo de 42.

Por otro lado, los dispositivos terapéuticos con los que contaban los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo eran desde cuatro dispositivos como mínimo y hasta un máximo de dieciséis en un mismo momento, con un promedio de 8,16 y desviación estándar de 3,70. Los dispositivos que se usaban para monitoreo en 100% de los casos fueron electrodos cutáneos, pulsoxímetros y tensiómetros. Accesos venosos, periféricos y centrales, también fueron frecuentemente utilizados (Gráfico 2) (Tabla 5).

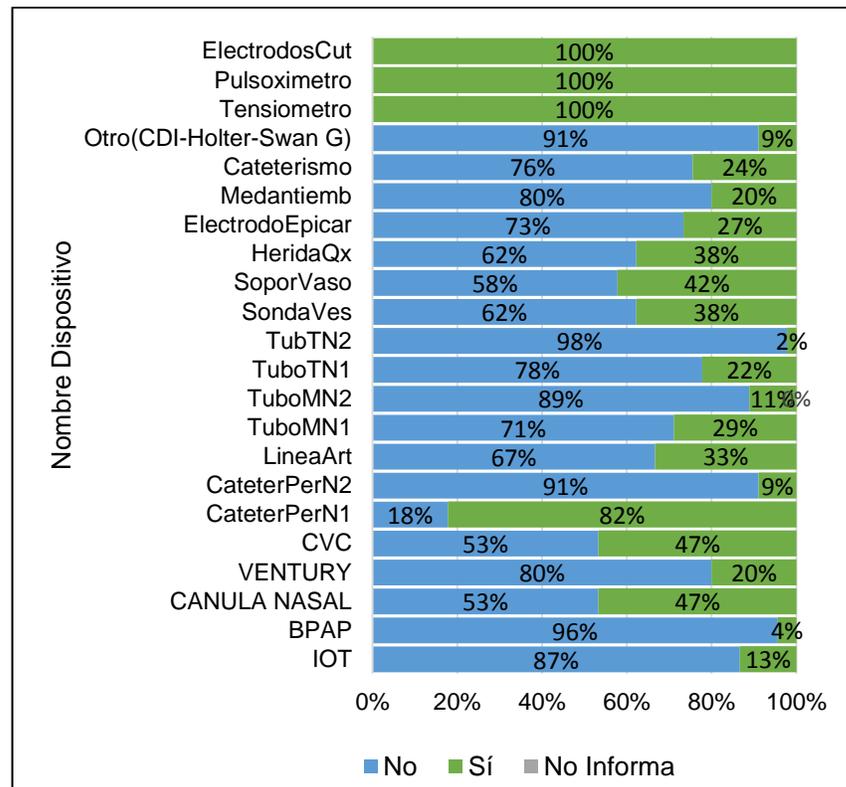


Gráfico 2. Porcentaje de presencia de dispositivos terapéuticos en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Dentro de los dispositivos de oxigenoterapia, se encontró que 47% de los participantes del estudio necesitaron oxígeno suplementario con cánula nasal, siendo este el más utilizado. Llama la atención que sólo 13% requirió la intubación oro traqueal y 4% ventilación no invasiva por BPAP. Todos los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo contaban con accesos venosos, el más utilizado fue catéter venoso periférico con un 82%, mientras que con dos accesos venosos periféricos 8%. La utilización de catéter central fue alto con 47% y con línea arterial 33%. En cuanto a los drenajes, la sonda vesical fue la más utilizada 38%, tener tubo de mediastino 29%, dos tubos de mediastino 11%, un tubo de tórax 22% y dos tubos de tórax 2%.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de dispositivos terapéuticos presentes en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016.

TIPO DE DISPOSITIVOS	DISPOSITIVOS	Frecuencias		Porcentaje	
		No	Sí	No	Sí
OXIGENOTERAPIA	IOT	39	6	87%	13%
	BPAP	43	2	96%	4%
	CANULA NASAL	24	21	53%	47%
	VENTURY	36	9	80%	20%
CATÉTERES DE ACCESO VENOSO Y ARTERIAL	Catéter Venoso Central	24	21	53%	47%
	Catéter Periférico No. 1	8	37	18%	82%
	Catéter Periférico No. 2	41	4	91%	9%
	Línea Arterial	30	15	67%	33%
DISPOSITIVOS DE DRENAJE	Tubo Mediastino No. 1	32	13	71%	29%
	Tubo Mediastino No. 2	40	5	89%	11%
	Tubo Tórax No. 1	35	10	78%	22%
	Tubo Tórax No. 2	44	1	98%	2%
	Sonda Vesical	28	17	62%	38%
OTROS	Sopor Vasopresor	26	19	58%	42%
	Herida Quirúrgica	28	17	62%	38%
	Electrodo Epicárdico	33	12	73%	27%
	Medias antiembólicas	36	9	80%	20%
	Cateterismo	34	11	76%	24%
	Otro (CDI-Holter-Swan Ganz)	41	4	91%	9%
DISPOSITIVOS DE MONITOREO	Tensiómetro	0	45	0%	100%
	Pulsoxímetro	0	45	0%	100%
	Electrodos Cutáneos	0	45	0%	100%

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Los pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo necesitaron de procedimientos o dispositivos específicos como soporte vasopresor 42%, herida quirúrgica 38%, electrodo epicárdico 27% o medias antiembólicas 20%. También se les realizó cateterismo cardiaco a un 24% y la necesidad de un vendaje compresivo en la punción realizada o la utilización de dispositivos terapéuticos específicos como cardiodesfibrilador, *holter* cardiaco o *swan ganz* a un 9%.

4.2. Fase cualitativa

Los resultados cualitativos surgen del análisis de contenido de la entrevista semiestructurada que realizó la investigadora a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo que cumplieron los criterios de inclusión. El primer paso relacionado con este análisis involucra establecer las unidades de análisis

(oraciones completas con sentido, relacionadas con el tema) y referir la frecuencia de las mismas. Estas unidades soportan las categorías y códigos identificados. Al realizar el análisis de las transcripciones de las entrevistas, se encontraron 6 categorías y 16 códigos dentro de las expresiones de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular. Dando respuesta al objetivo número uno relacionado con describir los factores percibidos por el paciente respecto a la comodidad al estar hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular, las categorías son (Tabla 6):

1. Incomodidad y vergüenza por no poderse mover y cuidar de sí mismo.
2. Dolor que afecta todo el ser.
3. Sintiendo en paz al contar con Dios y estando bien al ser atendido.
4. El acompañamiento y la visita de la familia fuente de tranquilidad y satisfacción.
5. Impotencia al no poder comunicarse.
6. Percibiendo el encierro, el ruido y la tranquilidad ofrecida por el ambiente.

Tabla 6. Frecuencias de unidades de análisis según categoría y código

CATEGORÍAS		CÓDIGOS	FRECUENCIA DE UNIDADES DE ANÁLISIS
1	Incomodidad y vergüenza por no poderse mover y cuidar de sí mismo (contexto físico)	1.1. Vergonzoso para mí esa vaina de los patos	8
		1.2. Me siento incómoda porque uno no lo pueda hacer, y estoy acostumbrada hacerlo	7
		1.3. Maluco por no poderse mover	8
2	Dolor que afecta todo el ser (contexto físico)	2.1. Duele mucho y no puedo ni respirar	16
		2.2. Uno se siente muy mal, muy mal, absolutamente mal	7
3	Sintiéndose en paz al contar con Dios y estando bien al ser atendido (contexto psicoespiritual y social)	3.1. Tiene uno como más paz y le queda tiempo de orar o pensar las cosas mejor	5
		3.2. Yo me sentía muy bien, estaba como dicen, bien acomodado, bien atendido	51
		3.3. Uno en una situación de estas, uno se ve como frustrado	12
		3.4. Pude entender que las cosas iban a salir mejor, iba a salir adelante	5
		3.5. En la UCI se siente que Dios lo está a uno ayudando	18
4	El acompañamiento y la visita de la familia, fuente de tranquilidad y satisfacción (contexto social)	4.1 El apoyo familiar me dio tranquilidad, satisfacción	20
		4.2 Yo anhelaba la hora que llegaran las visitas	6

5	Impotencia al no poder comunicarse (contexto social)	5.1 No hay como una comunicación personal	4
6	Percibiendo el encierro, el ruido y la tranquilidad ofrecida por el ambiente (contexto ambiental)	6.1 Cansado de estar acostado y de sentirse uno aquí como encerrado	10
		6.2 El ruido a algunas horas de la noche, eso sí es molesto	8
		6.3 Digamos que el ambiente, que no hace frío, que no hace calor, que está uno tranquilo	9

Fuente: Información recolectada en la valoración realizada en la entrevista de los pacientes

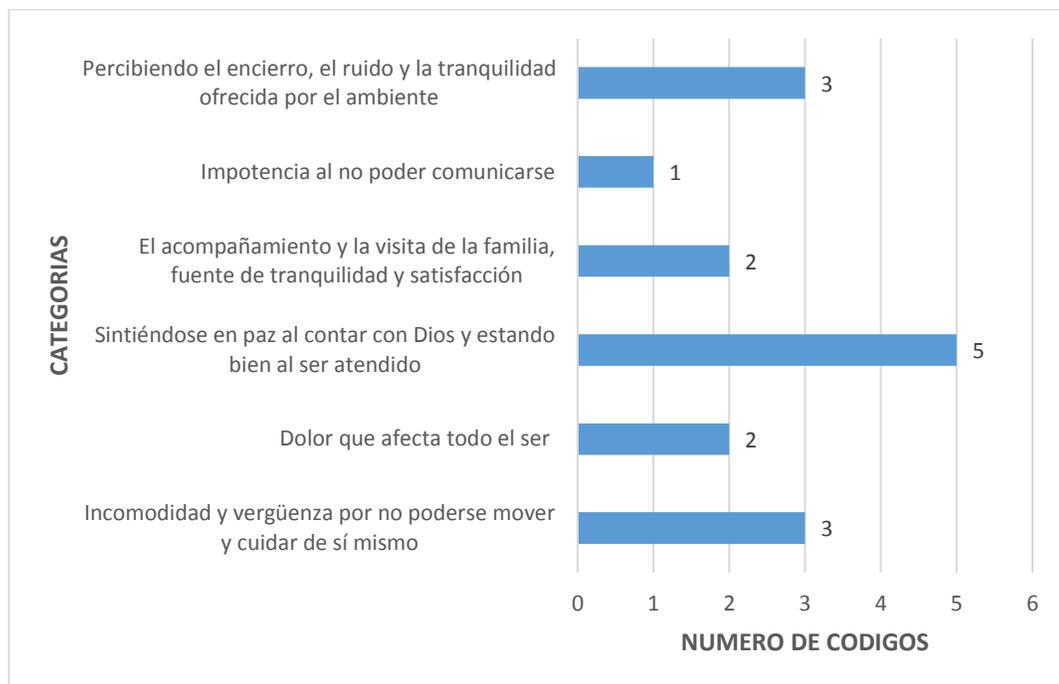


Gráfico 3. Frecuencias de unidades de análisis según categorías y códigos en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

4.2.1. Categoría 1: incomodidad y vergüenza por no poderse mover y cuidar de sí mismo

Código 1: “vergonzoso para mí esa vaina de los patos”

La hospitalización en cuidado intensivo genera sentimientos de pudor e incomodidad, debido a las normas relacionadas con el uso de patos y equipos extraños para realizar actividades de la vida diaria. Los pacientes se quejan de recurrir a implementos nunca antes utilizados como el pisingo y el pato para sus necesidades fisiológicas. Por ello, es vergonzoso para los pacientes exponer su cuerpo a personas desconocidas y que pertenecen al equipo asistencial, adicional a que manifiestan su falta de autonomía para realizar actividades ordinarias. Finalmente, los pacientes manifiestan la variedad y continua repetición de actividades para brindarle cuidado, pero que a la vez afecta su rutina diaria de la hospitalización.

Esta categoría surge de unidades de análisis como las siguientes:

- *"Yo soy muy pudoroso, pues me ha costado bastante poder asumir el rol de hacer del cuerpo aquí adentro, no sé, me ha costado todo eso" (C02 - L11, 12)*
- *"Estoy muy débil y del esfuerzo que uno hace ahí, sentarse en una vaina de esas, ese es más esfuerzo que cualquier otro. Inventarse otro sistema, una camilla de ruedas, no sé, es vergonzoso tanto para uno, como para las enfermeras" (C06 - L60, 62)*
- *"Vergonzoso para mí, es esa vaina de los patos, por lo menos para mí, le cuento que se me paró el sistema digestivo con el terror de usar una vaina de esas" (E 006 - L57, 58)*
- *"Me siento incómodo porque como nunca había estado en esta situación, les comentaba a las chicas, que me siento incómodo con el sistema del pato para las necesidades del cuerpo, que tiene que ser aquí, sé que vine a algo delicado, pero, yo les digo, que yo me siento con capacidad para ir al baño y eso es lo que me disgusta, porque ellas me dicen que aquí no hay baño para pacientes, que no hay baño y pues incluso yo se los dije a ellas, me disguste, cómo que no va haber un baño, uno se siente incómodo, como siempre ha ido al baño" (C09 - L6-11)*

Código 2: “me siento incómoda porque uno no lo pueda hacer y estoy acostumbrada a hacerlo”

Los pacientes manifiestan la dependencia de otras personas (personal asistencial) para realizar actividades básicas de alimentación, baño y realización de necesidades fisiológicas. Esto genera sentimientos de falta de poder y control sobre

sí mismo y la situación. Los pacientes se desaniman al sentirse incapaces por no poder realizar actividades cotidianas como moverse, alimentarse, bañarse, etc.

Los pacientes no son capaces de realizar actividades por sí solos, necesitan de alguien más para realizarlas y no siempre tienen la delicadeza pertinente para evitar más dolores. Al no poder realizar movimientos por los dispositivos que tienen, se sienten restringidos, se sienten incómodos y tristes al tener que depender de otros para realizar actividades básicas como comer o bañarse. Entre los pacientes hay personas profesionales, trabajadoras que les cuesta permanecer acostados en una cama. Tienen una autoimagen impropia de lástima, flagelación y maltrato.

Pese a lo anterior, los pacientes se sienten atendidos por personal calificado de gran experiencia y profesionalismo. La atención del personal de enfermería es rápida y oportuna a las necesidades del paciente. Desde el ingreso se sienten acogidos por el personal de enfermería. Existe un trato amable tanto de los médicos como de las enfermeras, al igual que respeto por cada uno de los pacientes sin importar su creencia religiosa. La información brindada por la enfermera y la atención les da tranquilidad y confianza. Están monitorizados constantemente y tienen un seguimiento de cada uno de los pacientes.

Esta categoría surge de unidades de análisis como las siguientes:

- *"Cuando me desperté, yo no me podía mover a ningún lado, y llegaron a moverme, y no tenían el cuidado suficiente, como con alguien que está totalmente molido. Entonces los dolores son tremendos y no puedo gritar, no puedo hablar, porque tenía unas mangueras, unas cosas ahí, que interfieren"* (C03 - L16, 18).
- *"Lo único que me incomoda es que no puedo ir a un sanitario, que son reglas, también uno está acostumbrado a ir al baño a hacer sus necesidades, pero pues, aquí no me dejan, pero son reglas del hospital"* (C28 - L 35,37).
- *"Tiene uno que pedir que le ayuden a comer, que le cuchareen, que le den el almuercito y la bañada... Me siento incómoda porque uno no lo pueda hacer y estoy acostumbrada hacerlo y no poder"* (C35 - L31, 34).
- *"Yo estoy acostumbrado a las actividades profesionales, por lo menos en mi caso, yo soy ingeniero civil y pues siempre estoy en actividad permanente en las obras y en el computador entonces no es muy agradable estar postrado en una cama"* (C41 - L15, 18).

Código 3: "maluco por no poderse mover"

Los pacientes se sienten restringidos en su movilidad por dispositivos que necesitan para su monitoreo o tratamiento. Estos dispositivos terapéuticos causan dolor físico y puede aumentar al movilizarse con ellos, por esto prefieren estar con quietud. El dolor por su misma enfermedad o tratamiento por la cual están hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo es también una causa de restricción de su movilidad.

Los pacientes añoran realizar sus actividades diarias y laborales a cambio de estar en una cama cohibidos por el estado de salud en el que se encuentran.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"Que me llevaran el pato, y como estaba con puros cables, no me podía bajar y entonces, enseguida me lo quitaron" (C11 - L 55-56).*
- *"Físicamente me siento un poquito restringido, sí, por los cables... eso que uno no puede actuar, hacer, mover las cosas, bañarse, pero no más, porque se enreda uno por todos lados" (C19 -L23, 26).*
- *"Maluco, porque sin poderse bajar uno ni sentarse ni nada y solamente ahí" (C30 - L15, 18).*

4.2.2. Categoría 2: dolor que afecta todo el ser

Código 1: "duele mucho y no puedo ni respirar"

Los diversos procedimientos realizados a los pacientes y la constancia en la monitorización de la Unidad de Cuidado Intensivo son causantes de dolor. La falta de habilidad o destreza de enfermería al realizar actividades como la venopunción o movimiento de los pacientes causan más dolor e irritabilidad al paciente. Los pacientes que presentan dolor constante manifiestan sentimientos de tristeza y desmotivación. El dolor es reducido por medio de analgésicos que administra la enfermera. Los pacientes manifiestan dolor al realizar procesos fisiológicos como respirar o toser.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"Tremendo dolor al cogermé las venas, no se pueden pinchar bien, canalizar, y entonces lleve del bulto" (C03 - L17, 22).*
- *"Cuando me desperté, yo no me podía mover a ningún lado y llegaron a moverme, y no tenían el cuidado suficiente, como con alguien que está totalmente molido. Entonces los dolores son tremendos y no puedo gritar, no puedo hablar, porque tenía unas mangueras, unas cosas ahí, que interfieren" (C03 - L16, 18).*
- *"Le dije: mire, mire que me duele mucho, yo no puedo respirar y al momentico yo no sé qué le echó al suero la enfermera o qué paso, pero al momentico yo me sentí flojita y se me quitó el dolor" (C14 - L21, 23).*
- *"Cuando estuve más delicada, estuve con el dolor, con la diarrea, me deprimí, quizás por el sitio, por el dolor, más que todo por el dolor, porque ya me había pasado la diarrea y otra vez volvió ese dolor al pecho y todo eso, pero ya pasó bendito sea Dios con su misericordia" (C22 - L59 - 64).*
- *"Esta mañana no podía expectorar del dolor que tenía y entonces vino la enfermera jefe y habló con el médico y con la autorización, me dieron y ayudó, porque o sino me hubiera enloquecido esta mañana del dolor, porque con esas ganas que tenía de toser..." (C31 -L63, 66).*

Código 2: “Uno se siente muy mal, muy mal, absolutamente mal”

Se realizan procedimientos en momentos poco habituales, a la hora en que se encuentran durmiendo, que pueden dejar efectos no deseados. Los diferentes procedimientos y dispositivos colocados pueden llegar a ocasionar daño en la parte fisiológica, anatómica o dolor en el paciente. Los pacientes manifiestan no sentirse a gusto, con impotencia, disgusto y desespero por las consecuencias de algunos procedimientos realizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, como intubaciones, punciones y cateterismos.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"Cuando retiraron el esparadrapo a las dos de la mañana, que tampoco era la hora, yo dormí con eso encima del brazo y amanecí con un charco de sangre en la bata" (C21 - L43, 44).*
- *"En cirugía, a mí me tumbaron un diente y fuera de eso, cuando me puso la sonda me lastimó una parte y me formó un coágulo y eso ha hecho que yo me demore más tiempo aquí, porque estoy con el problema de orina, porque por lo que vine inicialmente no fue" (C31 - L71, 73).*
- *"Estoy lastimado, parezco Jesucristo, obsérveme tengo morados por todo lado" (C38 - L12).*
- *"Cuando me hicieron el cateterismo, usted observe el cateterismo lleno de sangre" (C38 - L17).*
- *"No hubo calidad en el servicio y por lo tanto disminuye la calidad de vida de uno, si uno se siente muy mal, muy mal, absolutamente mal, hay momentos que se desespera" (C38 - L58, 59).*

4.2.3. Categoría 3: sintiéndose en paz al contar con Dios y estando bien al ser atendido

Código 1: “tiene uno como más paz y le queda tiempo de orar o pensar las cosas mejor”

El ambiente de la UCI es aburrido porque no hay nada para hacer; sin embargo, abre un espacio para estar consigo mismo, orar y pensar. En algunos momentos, este espacio puede causar sentimientos de agobio y soledad. La Unidad de Cuidado Intensivo brinda la serenidad y paz para que los pacientes piensen en su situación actual, por lo que hay un proceso de reflexión sobre la vida y su valor. El sentirse enfermo los hace preocuparse pero pensar en un Dios los ayuda.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"No puedo negar que yo ante una operación de esta magnitud, uno entra bajo de nota, pero con el tiempo va asumiendo que el mejor paso es hacer el trasplante, ya con base en lo que le comenté, del acompañamiento espiritual y de los comentarios*

que el personal da, en cuanto a los trasplantes de acá, a uno le genera seguridad" (C02 - L 18,20).

- *"Tiene uno como más paz y le queda tiempo de orar o pensar las cosas mejor" (C19 - L33, 34).*
- *"Yo me sentía bien a pesar de lo enferma que estaba, pero me sentía, pues bien, Dios está conmigo " (C25 - L51).*

Código 2: "yo me sentía muy bien, estaba como dicen, bien acomodado, bien atendido"

El personal asistencial hace sentir cómodo a los pacientes, intentan suplir necesidades de movimiento, entretenimiento y fisiológicas como eliminación urinaria e intestinal. Los muebles (camas, sillas) de la habitación favorecen la comodidad del paciente. La atención oportuna de las necesidades de los pacientes los hace sentir bien atendidos. En la Unidad de Cuidado Intensivo el personal de enfermería realiza actividades diferentes a los cuidados de necesidades básicas y tratamiento, como los masajes y la lectura. El cuidado del personal asistencial les brinda confianza en su manejo, al explicar los procedimientos, aclarar dudas, seguridad al realizar los procesos y al entusiasmar a los pacientes. Los pacientes manifiestan agrado por la atención, el diálogo y la franqueza que podían tener por parte de los médicos y enfermeras.

Los pacientes además sienten satisfacción por la oportuna atención y cuidado brindados por el personal de enfermería. El poder establecer una comunicación asertiva motiva a las personas a sentirse escuchados, bien atendidos. Se sienten atendidos por personal calificado de gran experiencia y profesionalismo. La atención del personal de enfermería es rápida y oportuna a las necesidades del paciente. Desde el ingreso se sienten acogidos por el personal de enfermería. Existe un trato amable tanto de los médicos como de las enfermeras. Existe respeto por cada uno de los pacientes sin importar su creencia religiosa. La información brindada por la enfermera y la atención les da tranquilidad y confianza. Están monitorizados constantemente, tienen un seguimiento de cada uno de los pacientes.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"El trato fue humano... el trato que me dieron, pues a mí me gustó desde del primer momento que llegué, me sentí bien recibido por todo el personal" (C01-L 4,11).*
- *"El cuidado de enfermería me ofrece la tranquilidad que uno busca y seguridad que uno está en una institución que le brinda todo un servicio, una atención adecuada" (C02 - L33, 34).*
- *"Físicamente yo me sentía bien, tranquilo, yo me sentía muy bien, estaba como dicen, bien acomodado, bien atendido donde me tenían y no puedo decir nada, nada de lo contrario, me sentí bien, perfecto" (C13 - L31, 32).*

- *“La parte de enfermería son personas que por más estresadas que estén siempre están con una sonrisa ahí y dispuestas a colaborar” (C31 - L6, 8).*

Código 3: “uno en una situación de estas, uno se ve como frustrado”

La evolución de su enfermedad y poder realizar sus necesidades fisiológicas son factores que influyen en la autoestima del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo. Ellos se sienten que no son tratados como personas cuando no se les llama por el nombre y las actividades de cuidado son desarrolladas de manera rutinaria. Por todo esto, ellos se sienten con otra apariencia física y psicológica que crean minusvalía y sufrimiento.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *“Yo me siento incómodo que me bañen, como si yo fuera un bebé, yo me siento bien con capacidad de ducharme, de enjabonarme, quitarme mi ropa” (C09 - L18, 19)*
- *“Porque uno en una situación de estas, uno se ve como frustrado, aburrido” (C14 - L76, 80)*
- *“se vuelve muy mecánico porque unos se conforman en un grupo, se vuelve muy mecánico y adiós, escasamente saludan. Hay otros que, si saludan, otros que ya por lo menos leen el aviso, este se llama Luis, este se llama Jorge, este se llama Juan, hay otros que no” (C21 - L35,37)*
- *“Maluco, porque sin poderse bajar uno ni sentarse ni nada y solamente ahí” (C30 - L15, 18)*
- *“Tiene uno que pedir que le ayuden a comer, que le cuchareen, que le den el almuercito y la bañada”... Me siento incómoda porque uno no lo pueda hacer, y estoy acostumbrada hacerlo y no poder” (C35 - L31, 34).*

Código 4: “pude entender que las cosas iban a salir mejor, iba a salir adelante”

La enfermedad por la cual están pasando los pacientes los hace autoevaluarse y tener nuevos pensamientos de superación. La seguridad que da el servicio de cuidado intensivo y su personal favorece la confianza del paciente en su mejoría. Los pacientes, al conocer su estado de salud, tratamiento y pronóstico, sienten más confianza de salir adelante con su enfermedad. Es imprescindible realizar procedimientos recomendados por el grupo tratante, como cirugías, exámenes diagnósticos y tratamientos para poder recuperarse.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"Me hicieron sentir muy bien, me hicieron sentir muy confiado del problema que yo tenía y de la atención que me estaban prestando, que sí me iban a sacar adelante, entonces me sentí satisfecho" (C13 - L 26,28).*
- *"Me sentía deprimido, me sentía mal, pero ya a raíz de que fui evolucionando, toda la atención, todos los procedimientos y todo eso, ya se me fue desapareciendo, me fui sintiendo más confiado de todo lo que iba a pasar y ya sabía y pude entender que las cosas iban a salir mejor, iban a salir adelante " (C13 - L38,41).*
- *"Porque uno en una situación de estas, uno se ve como frustrado, aburrido, pero le dicen que ánimo, que va a estar bien y verá que va a estar bien, ánimo y pues eso es bonito... entonces uno tiene que poner de parte de uno mismo, a eso, a mejorar, a ser paciente, ser agradecido y esperar la voluntad de Dios" (C14 - L76, 80).*

Código 5: "en la UCI se siente que Dios lo está a uno ayudando"

Hay una percepción de que Dios está acompañándolos en todo momento y no los abandona. Los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo reciben un apoyo espiritual a través de personas que no se limitan a una religión en especial y en cambio sí son de gran ayuda emocional. La UCI es un espacio tranquilo que favorece a las personas la comunicación con un ser superior. La estabilidad espiritual favorece la buena evolución del paciente.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"Afortunadamente he tenido varias personas que han venido, varios padres que han venido y han servido como alimento espiritual" (C02- L15, 16).*
- *"Me encantó aquí, hay servicio de sacerdote, se sintió algo diferente o algo especial en cuanto esa parte espiritual y emocional" (C07 - L15, 16).*
- *"Me gustó mucho porque respetan mucho la fe de uno y son personas amables, que no están forzando, que he visto pasar en otras ocasiones, pero conmigo todo fue diferente, muy independiente, muy respetuoso" (C07 - L17, 19).*
- *"En la UCI se siente que Dios lo está a uno ayudando" (C35 - L42).*

4.2.4. Categoría 4: el acompañamiento y la visita de la familia, fuente de tranquilidad y satisfacción

Código 1: "el apoyo familiar me dio tranquilidad, satisfacción"

Los pacientes cuentan con un soporte familiar adecuado. Están pendientes de ellos mientras estuvieron hospitalizados. El apoyo de la familia les da ánimo para seguir adelante en el tratamiento de su enfermedad. Que los visiten durante su estancia en la UCI los hace sentir importantes y les da fortaleza.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"El apoyo familiar me dio tranquilidad, satisfacción, este, como le digo, tenía una situación que me alejaba de cualquier mal pensamiento" (C11 - L 36,37).*

- *"Muy tranquilo, porque tanto de mi familia, mi mujer, mis hijos, mi hermana, mis amigos, todos, y aun personas que yo no conocía y personas de aquí de la unidad me dieron esa voz de aliento, me dieron ese ánimo, que para adelante, que para atrás, nada, entonces, me sentí muy bien, muy apoyado por todo el mundo" (C13 - L44, 46).*
- *"Mis hijos han estado acá muy pendientes, muchos amigos que tengo aquí en Bogotá me han venido a visitar. Mis hijos me cuentan qué cómo sigue su mamá, muy pendientes de mí, yo creo que desde ahí eso es una base para uno ir mejorando en la enfermedad, en todo" (C14 - L 35,37).*

Código 2: "yo anhelaba la hora que llegaran las visitas"

La comodidad que se le brinda al acompañante durante la visita es importante para los pacientes. Para los pacientes el tiempo de la visita es corta y el número de personas que pueden ingresar a la habitación es restringido.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"Después del baño se sienta uno y lo tienen ahí, todo el día sentado, pero si llega un acompañante le toca de pie, le da a uno pena, todo el día, todas las horas, ahí eso sí, las sillas son dizque escasas " (C22 - L50, 52).*
- *"La única crítica que tengo es que solo entra una persona, son reglamentos" (C28 - L27.29).*
- *"Tenía un horario para visitas, y eso fue fundamental, porque yo anhelaba la hora que llegaran las visitas" (C46 - L20, 21).*

4.2.5. Categoría 5: impotencia al no poder comunicarse en la UCI

Código 1: "no hay como una comunicación personal"

Los dispositivos que se utilizan para monitorizan desfavorecen la buena comunicación. En la Unidad de Cuidado Intensivo debe haber un sistema de llamado más eficaz que llamar por medio de la voz o hacer señas. La comunicación en la UCI debe ser más personalizada, no se sabe en qué momento los pacientes puedan necesitar algo. La rutina de los procesos en la Unidad de Cuidado Intensivo se vuelve algo mecánico.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"Cuando me desperté, yo no me podía mover a ningún lado, y llegaron a moverme, y no tenían el cuidado suficiente, como con alguien que está totalmente molido. Entonces los dolores son tremendos y no puedo gritar, no puedo hablar, porque tenía unas mangueras, unas cosas ahí, que interfieren" (C03 - L16, 18).*
- *"Para mí haría falta un timbre. No estar uno llamando, porque, por ejemplo, si hace señas de pronto no están mirando, o así, entonces con un timbre pueden venir, porque a veces no están tampoco pendientes a toda hora de uno, pero como están*

pasando entonces muchas veces uno tiene que llamarlos y como van de afán los incomoda un poco, en cambio timbrando puede alguien arrimar, uno no sabe a qué hora necesite algo" (C19-L44, 49).

- *"Se siente uno impotente... que necesita una atención y no la adquiere y entonces pasa el tiempo, una media hora y no lo atienden, pasan dos horas y no lo atienden, no hay como una comunicación personal, o sea, llegan aquí y le preguntan a uno y se van" (C 38 - L44).*
- *"Se vuelve muy mecánico porque unos se conforman en un grupo, se vuelve muy mecánico y adiós, escasamente saludan. Hay otros que sí saludan, otros que ya por lo menos leen el aviso, este se llama Luis, este se llama Jorge, este se llama Juan, hay otros que no" (C21 - L35,37).*

4.2.6. Categoría 6: percibiendo el encierro, el ruido y la tranquilidad ofrecida por el ambiente

Código 1: "cansado de estar acostado y de sentirse uno aquí como encerrado"

La Unidad de Cuidado Intensivo es un espacio en el cual se sienten encerrados, aburridos, no hay actividades que los entretengan como la televisión. Hay momentos que el personal asistencial no les presta la atención correspondiente o se demoran cuando son llamados. Se sienten olores poco agradables por encontrarse hospitalizados con otros pacientes.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"Nunca me había pasado esta situación, me siento incómodo, me estoy estresando. El encierro y de pronto, no sé, si es prohibido al menos hubiera un televisor para ver noticias, una película, uno se estresa mucho acá, ver pasar el tiempo" (C09 - L 24 a 26).*
- *"En cuidado intensivo yo solo, y sin televisión, ni nada. El tiempo que estaba despierto viendo paredes, viendo techo, viendo paredes, viendo techo" (C11 - L12, 13).*
- *"Un poco aburrida por lo encerrado, por lo que nunca había estado allá, pero de todas maneras pues todo bien" (C25 - L17, 18).*
- *"Cansado de estar acostado y de sentirse uno aquí como encerrado, sí o no" (C30 - L23, 26).*

Código 2: "el ruido a algunas horas de la noche, eso sí es molesto"

El ruido de las alarmas, de otros enfermos o al realizar actividades como el aseo son aspectos que perturban durante la hospitalización en la UCI. El sonido de las alarmas es tan perturbador para el paciente que prefieren no moverse pues se activan con el movimiento.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"El ruido a algunas horas de la noche, eso sí es jarto, molesto" (C01 - L 22,23).*
- *"El ruido de las alarmas, otra cosa debería inventarse, como una alarma luminosa, bueno, no sé, otra cosa, porque con ese ruidito, uno, no concilia el sueño" (C06 - L23, 24).*
- *"Me afectó mucho un señor que estaba muy enfermito de la tos... No pude descansar ese día" (C07 L 31,34).*
- *"Dormido no sabía en qué momento hacía un movimiento, se disparaba esa bendita alarma" (C39 - L7, 8).*

Código 3: "digamos que el ambiente, que no hace frío, que no hace calor, que está uno tranquilo"

Los pacientes manifiestan que la Unidad de Cuidado Intensivo es un lugar agradable. El clima, la alimentación, el aseo, la atención los hace sentir cómodos. El aspecto físico de la habitación como la iluminación, los colores, el clima, la amplitud hace manifestar el agrado y la tranquilidad de los pacientes al encontrarse en la UCI.

Esta categoría surge de algunas unidades de análisis como:

- *"Digamos que el ambiente, que no hace frío, que no hace calor, que está uno tranquilo, más que mis hijos vienen" (C14 - L10, 11).*
- *"En aspecto de ambiente ve uno el sol, es un sitio agradable, sus colores son vistosos, no se ve lúgubre" (C31 - L2, 6).*
- *"Una habitación muy perfecta, muy limpia, de todas maneras, en las habitaciones que yo había estado, no había visto, así como he visto acá." (C43 - L54, 55).*

4.2.7. Factores que alteran o mejoran la comodidad según las categorías encontradas en la investigación

Dentro de la investigación en la fase cualitativa, se encontraron categorías que alteraron o mejoraron la comodidad de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivos del Hospital Universitario de San Ignacio. Las categorías que alteran la comodidad presentaron nueve códigos y de las que mejoraron la comodidad se encontraron siete códigos. Al tener en cuenta los contextos de la teorista Katharine Kolcaba, se encuentra que el contexto psicoespiritual es el que más códigos tiene en el que mejora la comodidad, con 4 en total, en comparación con 5 códigos del contexto físico que afectaron la comodidad.

A continuación, se presentan los códigos identificados en el análisis cualitativo tomando como referencia los contextos descritos en los cuales se presenta la comodidad según Kolcaba (35):

Tabla 7. Códigos que mejoran la comodidad vs. Códigos que alteran la comodidad

CÓDIGOS QUE MEJORAN LA COMODIDAD	CÓDIGOS QUE ALTERAN LA COMODIDAD
3.1. Tiene uno como más paz y le queda tiempo de orar o pensar las cosas mejor (Social y psicoespiritual)	1.1. Vergonzoso para mí esa vaina de los patos (Físico)
3.2. Yo me sentía muy bien, estaba como dicen, bien acomodado, bien atendido (Psicoespiritual)	1.2. Me siento incómoda porque uno no lo pueda hacer, y estoy acostumbrada hacerlo (Físico)
3.4. Pude entender que las cosas iban a salir mejor, iba a salir adelante (Psicoespiritual)	1.3. Maluco por no poderse mover (Físico)
3.5. En la UCI se siente que Dios lo está a uno ayudando (Psicoespiritual)	2.1. Duele mucho y no puedo ni respirar (Físico)
4.1. El apoyo familiar me dio tranquilidad, satisfacción (Social)	2.2. Uno se siente muy mal, muy mal, absolutamente mal (Físico)
4.2. Yo anhelaba la hora que llegaran las visitas (Social)	3.3. Uno en una situación de estas, uno se ve como frustrado (Psicoespiritual)
6.3. Digamos que el ambiente, que no hace frío, que no hace calor, que está uno tranquilo (Ambiental)	5.1. No hay como una comunicación personal (Social)
	6.1. Cansado de estar acostado y de sentirse uno aquí como encerrado (Ambiental)
	6.2. El ruido a algunas horas de la noche, eso sí es molesto (Ambiental)

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

A partir de lo anterior, se puede hablar de factores que alteran o mejoran la comodidad teniendo en cuenta las categorías encontradas en el estudio (Gráfico 3). Los factores que alteran la comodidad están relacionados con una percepción de no poder realizar alguna actividad cotidiana como moverse, comunicarse o alimentarse; sentir dolor e inmovilidad; sentirse encerrado; percepción de mucho ruido; y tener que hacer sus funciones corporales ante personas desconocidas. Estas vivencias son algo que los pacientes no tienen que experimentar en su diario vivir y ello se complementa con que al ser humano le es difícil aceptar cambios inesperados, demostrado en las categorías que alteran su comodidad.

Dentro de los factores que mejoran su comodidad, se encuentra que el poder contar con el apoyo de alguien externo a la misma persona ya sea apoyo espiritual o de otro individuo como puede ser la familia, los amigos, o el mismo personal asistencial, es de gran importancia en la comodidad al estar hospitalizado.

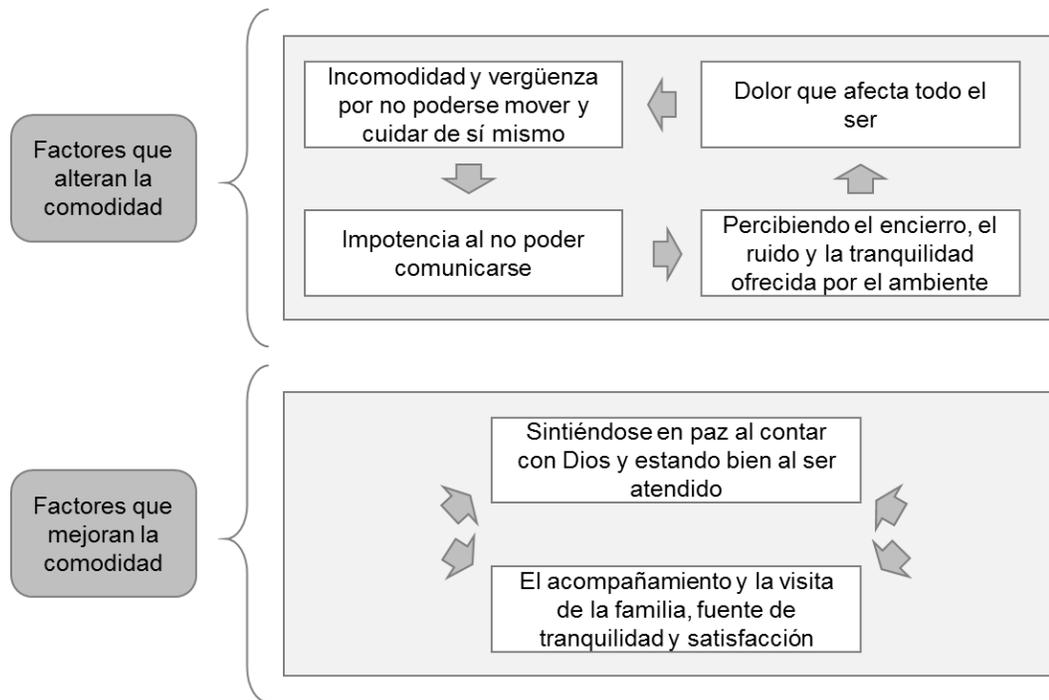


Gráfico 4. Factores que alteran o mejoran la comodidad

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

4.3. Fase cuantitativa

4.3.1. Resultados de la aplicación del instrumento GCQ de Katharine Kolcaba

Resultados del confort según caracterización de las personas encuestadas

Según la escala tipo Likert de las respuestas, hay cuatro opciones cada una con 25% de opción de respuesta, logrando una proporción igual al total de la suma de las 48 respuestas, lo que permite una clasificación por cuartiles de bajo, medio bajo, medio alto y alto confort, utilizado de esta forma para el presente estudio. A partir de cada contexto y tipo de confort, se tiene un número de ítems diferentes y así mismo un cuartil diferente para cada uno, como lo demuestra la Tabla 8.

Tabla 8. Clasificación del confort según puntaje total del cuestionario GCQ de Katharine Kolcaba

Clasificación del confort según puntaje						
		# de ítems	Alto	Medio alto	Medio bajo	Bajo
General		48	≥ a 145	De 97 a 144	De 49 a 96	≤ a 48
Contextos del confort	Ambiental	13	≥ a 40	De 27 a 39	De 14 a 26	≤ a 13
	Física	12	≥ a 37	De 25 a 36	De 13 a 24	≤ a 12
	Psicoespiritual	13	≥ a 40	De 27 a 39	De 14 a 26	≤ a 13
	Social	10	≥ a 31	De 21 a 30	De 11 a 20	≤ a 10
Tipos de confort	Alivio	16	≥ a 49	De 33 a 48	De 17 a 32	≤ a 16
	Tranquilidad	17	≥ a 52	De 35 a 51	De 18 a 34	≤ a 17
	Trascendencia	15	≥ a 46	De 31 a 45	De 16 a 30	≤ a 15

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Según la anterior clasificación, el total de respuestas del cuestionario se relacionan a continuación con las características sociodemográficas y clínicas de las personas entrevistadas en cuanto a edad, sexo, escolaridad, estrato, días y causas de hospitalización, como también TISS y número de dispositivos instaurados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 y enero de 2016.

Tabla 9. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por sexo en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Sexo	Frecuencia	Puntaje Confort promedio	Clasificación de Confort
Mujeres	12	137.8	Medio alto
Hombres	33	141.6	Medio alto

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

El confort de las personas según el sexo estuvo en el rango medio alto tanto para hombres como para mujeres, con un promedio mayor de confort para los hombres, con una diferencia mínima respecto a las mujeres.

Tabla 10. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por edad en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Edad	Frecuencia	Puntaje Confort promedio	Clasificación de Confort
Menor de 40	2	141	Medio alto
41-50	1	141	Medio alto
51-60	17	140,2	Medio alto
61-70	14	142,3	Medio alto
71-80	10	136,1	Medio alto
Mayor de 80	1	147	Alto

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

En la edad se establece un patrón de confort en medio alto, llegando a un alto confort en el rango de personas mayores de 80 años, teniendo en cuenta que solo fue una persona la que hizo parte de este grupo etáreo. El mayor número de personas fue en el rango de 51 a 60 años con 17 personas entrevistadas obteniendo un promedio de 140,2 en un nivel de confort medio alto.

Tabla 11. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por escolaridad en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Escolaridad	Frecuencia	Puntaje Confort promedio	Clasificación de Confort
Primaria	17	141,35	Medio alto
Bachillerato	5	138,6	Medio alto
Técnico	10	138,8	Medio alto
Profesional	13	140,3	Medio alto

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

En cuanto a la escolaridad, el nivel de confort se encontró en medio alto, obteniendo un mayor número y mayor promedio en personas (diecisiete individuos) con estudios de primaria básica, siguiéndole en un segundo puesto en mayor número de personas (trece individuos) y mayor promedio de confort en personas profesionales con estudios universitarios.

Tabla 12. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por estrato socioeconómico en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Estrato Socioeconómico	Frecuencia	Puntaje Confort promedio	Clasificación de Confort
Estrato 1	6	141,5	Medio alto
Estrato 2	13	140,6	Medio alto
Estrato 3	19	139,5	Medio alto
Estrato 4	6	138,1	Medio alto
Estrato 5	5	152	Alto

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Al tener en cuenta el estrato socioeconómico, se puede observar que el mayor promedio en el estrato encontrado, es decir en el 5, tiene un nivel alto de confort con un promedio que sobresale de los otros con 152, siguiéndole el estrato 1 con un promedio de 141,5.

Tabla 13. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por días de hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Días de Hospitalización	Frecuencia	Puntaje Confort promedio	Clasificación de Confort
2 días	23	139,6	Medio alto
3 - 4 días	15	141,7	Medio alto
5 - 7 días	4	136,5	Medio alto
8 - 10 días	1	151	Alto
Más de 11	2	137	Medio alto

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

En los días de hospitalización se puede evidenciar que entre los días de mejor confort fue entre los 8 - 10 días en un confort alto y 3 - 4 días en confort medio alto. Los días con un promedio menor de confort se encontraron en los extremos, siendo 139,6 para dos días y 137 para quienes estuvieron más de 11. Es decir, entre más días de hospitalización, su confort disminuye, teniendo en cuenta que todos los rangos se encuentran en un confort de medio alto y alto. Igualmente, los primeros días son más difíciles para los pacientes en términos de comodidad.

Tabla 14. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por causa de hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Causa de Hospitalización	Frecuencia	Puntaje Confort promedio	Clasificación de Confort
IAM	21	140,3	Medio alto
Falla cardiaca	4	141,5	Medio alto
Otros	3	138	Medio alto
RVM	7	140,7	Medio alto
Cambio Valvular	8	138,25	Medio alto
Otros Quirúrgicos	3	144	Medio alto

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Entre las causas de hospitalizaciones quirúrgicas y no quirúrgicas, todas se encuentran en un rango de confort medio alto. Entretanto, el menor promedio está en el rango “otros” con 138, y el mayor promedio está en el rango “otros quirúrgicos” con 144.

Tabla 15. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por TISS 28 en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

TISS 28	Frecuencia	Puntaje Confort promedio	Clasificación de Confort
Menor 12	2	134	Medio alto
Más frecuente 18	10	140.5	Medio alto
Mayor 42	1	141	Medio alto

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

En el confort de los pacientes por clasificación del TISS, se encuentra que se mantienen en confort medio alto, con una singularidad: que sus resultados son directamente proporcionales, es decir, que entre menor es el TISS del paciente, menor es su promedio de confort y entre mayor TISS mejor su promedio de confort. Pese a los datos, se podría pensar lo contrario, pues entre mayor sea su nivel de complejidad, tendrá más dispositivos terapéuticos y mayor sería el riesgo de su vida,

lo que llevaría a sentir mayor discomfort; aunque en este estudio se evidencia lo contrario.

Tabla 16. Frecuencia y promedio del confort de los pacientes por número de dispositivos en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Número de Dispositivos	Frecuencia	Puntaje Confort promedio	Clasificación de Confort
4	2	138	Medio alto
5	13	140.4	Medio alto
6	10	141.9	Medio alto
7	3	138.6	Medio alto
8	2	139	Medio alto
11	1	132	Medio alto
12	1	143	Medio alto
13	9	138.5	Medio alto
14	3	142	Medio alto
16	1	146	Alto

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Según los pacientes entrevistados, el número de dispositivos colocados no les afectó su comodidad, al encontrarse en rangos medio alto y alto, teniendo en cuenta que la persona con más dispositivos terapéuticos colocados, 16 dispositivos, fue la que obtuvo un promedio mayor de confort (con 146 puntos). Por su parte, la persona que menor promedio obtuvo, con 11 dispositivos colocados, fue de 132, encontrándose en un rango de confort medio alto.

Resultados de los contextos del confort según el cuestionario GCQ de Katharine Kolcaba

Distribución porcentual de las puntuaciones ítems contexto ambiental de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

En la dimensión ambiental, los aspectos desagradables como “*en esta habitación hay un olor muy desagradable*”, “*esta cama es muy incómoda*” y “*esta habitación me da miedo*”, se presentaron en un porcentaje alto de desacuerdo, lo que significa

que los pacientes manifiestan que el lugar en donde se encontraban no les causó molestia. Adicionalmente, se mostró una aprobación del espacio en que se encontraban con porcentajes mayores del 42%, dentro de las cuales está un 84% totalmente de acuerdo con que *“las vistas desde mi habitación son agradables”*, un 67% totalmente de acuerdo con que *“la temperatura de esta habitación es la adecuada”*, un 60% de acuerdo con *“siento que lo que me rodea es placentero”* y un 42% totalmente de acuerdo con que *“la atmósfera que me rodea me anima”*.

Por su parte, la orientación del paciente en la habitación se ve comprometida, aunque hay porcentajes con resultados cercanos entre ellos, en ítems como *“es fácil orientarse aquí”* y *“aquí me siento fuera de lugar”*, cuyos resultados oscilan entre el 11% como mínimo y el 36% máximo. En cuanto a los ítems *“no me gusta estar aquí”* y *“los ruidos no me dejan descansar”*, hay porcentajes de respuestas parecidas entre positivos (de acuerdo) y negativos (en desacuerdo), lo que evidencia un resultado equivalente en estos aspectos, que tienen que ver con el gusto y el disgusto de estar hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo y el descanso que puedan tener por el ruido ocasionado. Finalmente, en el ítem *“tengo suficiente intimidad”* cabe resaltar el alcance de haber logrado la intimidad de los pacientes al estar de acuerdo en un 44% y totalmente de acuerdo en un 36%, para una suma de 80% de satisfacción. (Ver Gráfico 5)

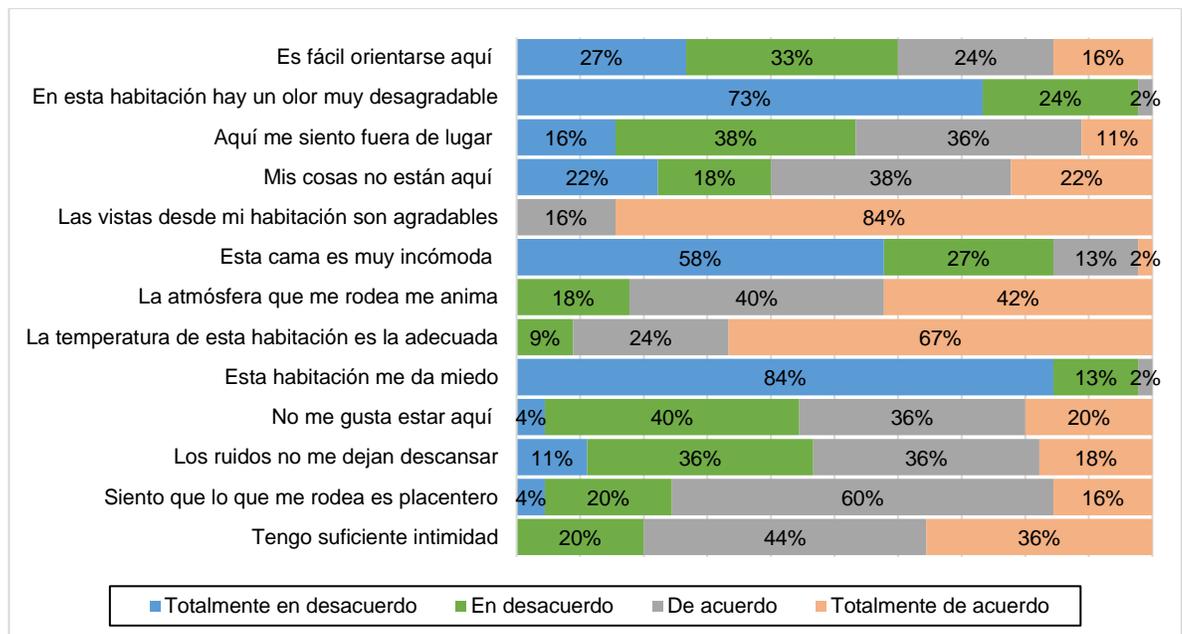


Gráfico 5. Distribución porcentual de las puntuaciones ítems contexto ambiental de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Distribución porcentual de las puntuaciones ítems contexto físico de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

En la dimensión física, se resalta la necesidad de los pacientes por sentirse bien, con un resultado de totalmente de acuerdo en un 100% en el ítem *“necesito encontrarme bien de nuevo”*, lo que denota pensamientos de superación junto con los ítems *“puedo superar mi dolor”* en el que un 60% está totalmente de acuerdo e *“intento hacer lo mejor”* en el que un 82% está totalmente de acuerdo.

Al referirse al dolor, se encuentran los ítems *“puedo superar mi dolor”* con un totalmente de acuerdo con 60% y *“me resulta difícil soportar el dolor que siento”* con respuesta del 42% de acuerdo. Por esto, se afianza la relación de las dificultades al tener dolor, pero asimismo se manifiesta el querer superarlo.

En cuanto a las sensaciones físicas, se encuentra el ítem *“tengo apetito”* con 40% de los pacientes totalmente de acuerdo y, en contraparte, en desacuerdo con el 40% como los porcentajes más significativos de este ítem. En el ítem *“me siento suficientemente bien como para caminar”* surgieron respuestas de acuerdo con 31% y totalmente de acuerdo con 33%, mientras que con *“no quiero hacer ejercicio”* se muestra un 60% de pacientes en desacuerdo, por lo que se estima un sentir de mejoría para levantarse de la cama de hospitalización. Sin embargo, en el ítem *“me siento muy cansado”*, el 47% de los entrevistados refieren estar de acuerdo y un 22% comentan estar totalmente de acuerdo. En cuanto a la sensación de estreñimiento, en su hospitalización, el mayor puntaje fue el totalmente en desacuerdo con 58%. (Ver Gráfico 6)

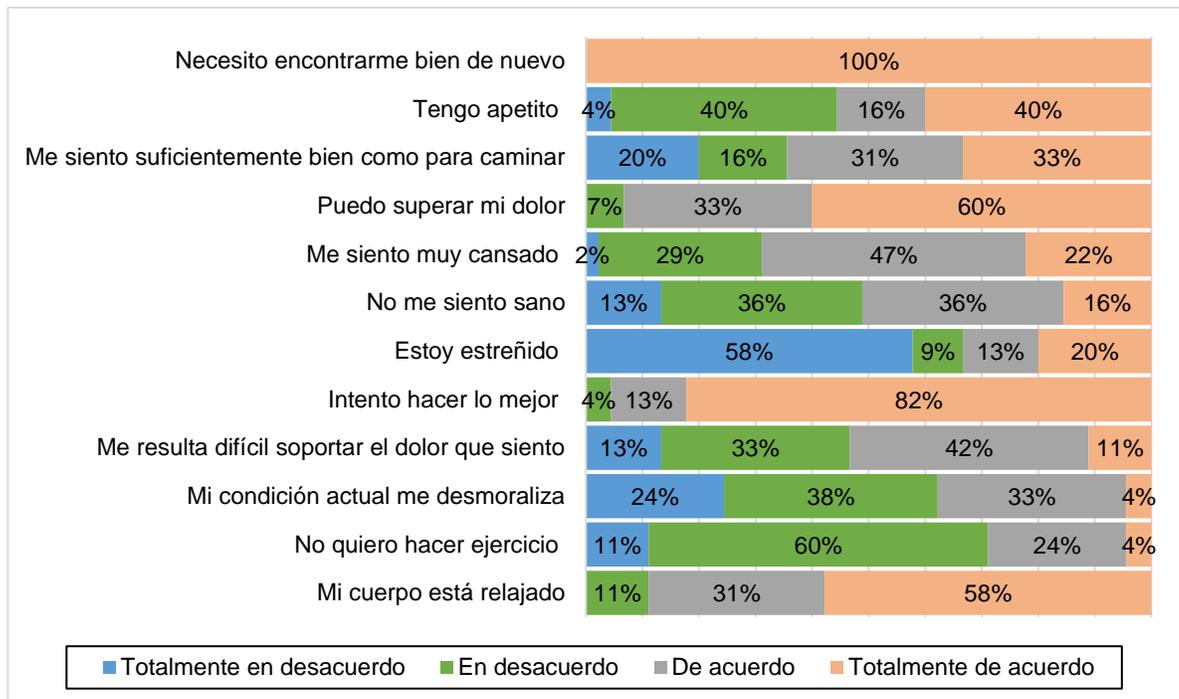


Gráfico 6. Distribución porcentual de las puntuaciones ítems contexto físico de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Distribución porcentual de las puntuaciones ítems contexto psicoespiritual de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

En la dimensión psicoespiritual, son claras las respuestas positivas de su comodidad en la Unidad de Cuidado Intensivo en cuestión de espiritualidad. De 13 ítems de esta dimensión, 8 superan el 62% de comodidad, dentro de los cuales están totalmente de acuerdo en *“he encontrado un sentido a mi vida”* (con 84%), *“me siento en paz conmigo mismo”* (con 84%), *“mis creencias me hacen sentirme en paz conmigo mismo”* (con 82%), *“estoy contento”* (con 62%), *“mi fe me ayuda a no tener miedo”* (con 89%), *“siento que mi vida vale la pena”* (con 98%); *“me siento confiado”* (con 89%) y *“me siento útil porque me empeño en ello”* (con 84%).

En contraposición, el sentirse deprimido o incomodo tiene porcentajes bajos, evidenciado en criterios como *“estoy deprimido”* con 24%; *“me siento fuera de control”* con 22%, *“he experimentado cambios que me hacen sentir mal”* con 42% y *“tengo miedo al futuro”* con 13%.

La expresión de creer en un ser superior y sentirse bien por ello se ve expuesto en las respuestas con totalmente de acuerdo en “*mis creencias me hacen sentirme en paz conmigo mismo*” con 82% y “*mi fe me ayuda a no tener miedo*” con 89%.

La intimidad es un aspecto prioritario en el sentir de los pacientes, por esto cabe resaltar la importancia de las repuestas de este ítem: “*me siento incómodo por no estar vestido*”, encontrando que están de acuerdo con 42% y totalmente de acuerdo con 22%. Se reflejan también cifras altas de aprobación de la incomodidad que sienten los pacientes al estar desvestidos, en comparación con 18% en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, cada uno. (Ver Gráfico 7)

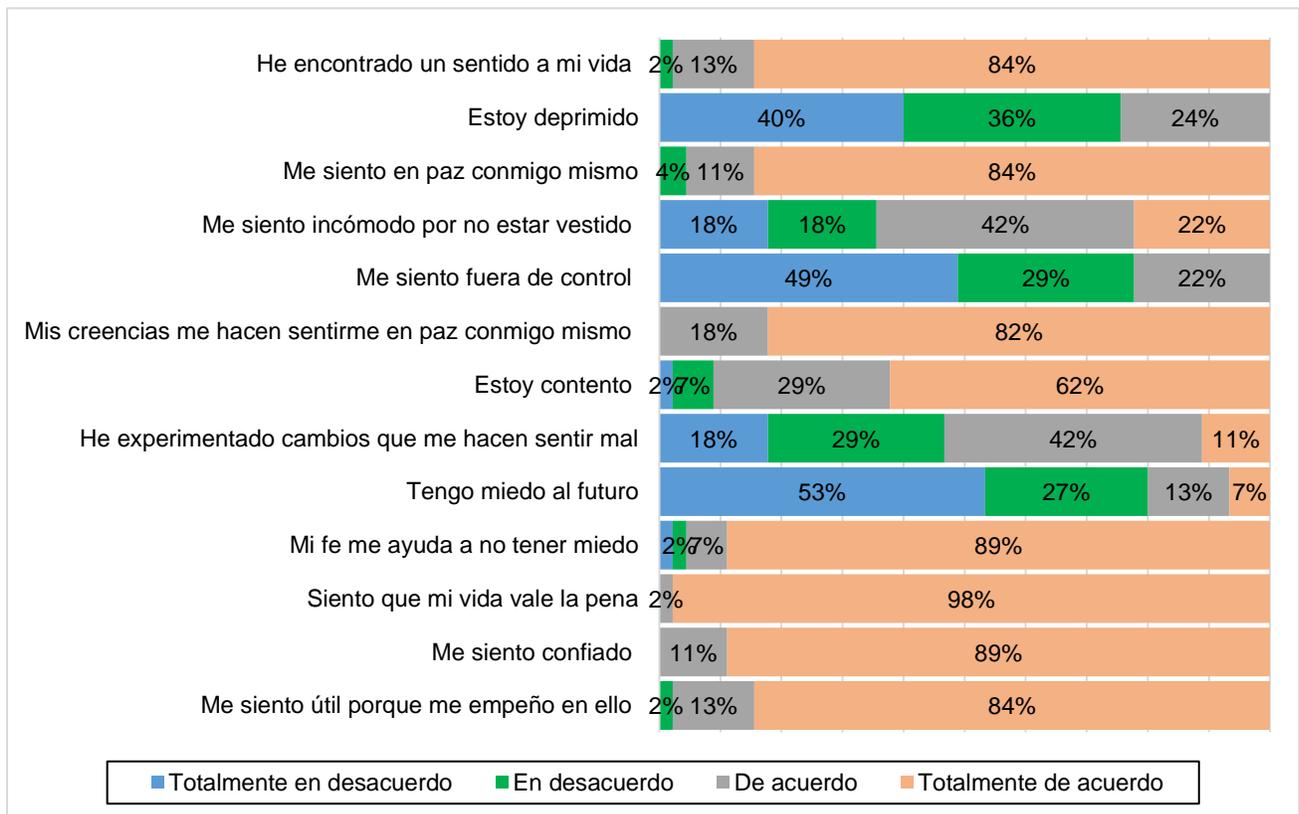


Gráfico 7. Distribución porcentual de las puntuaciones ítems contexto psicoespiritual de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Distribución puntuaciones ítems contexto social de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

En la dimensión social, se denota un apoyo de la familia al paciente hospitalizado en ítems como *“mis amigos se acuerdan de mí, mediante cartas y llamadas telefónicas”* totalmente de acuerdo con 80%, *“hay una persona, en concreto, que me cuida”* totalmente de acuerdo con 91%, *“el sentirme querido me da fuerzas”* con 98%, *“cuando necesito ayuda, cuento con personas que me la dan”* totalmente de acuerdo con 64%. En general, son porcentajes altos de eficacia del apoyo social con el que cuentan los pacientes.

En el ítem *“pese a estar aquí solo, no me siento solo”* la suma de los porcentajes que están de acuerdo más quienes están totalmente de acuerdo ronda el 50%, mientras que la suma de los porcentajes que están en desacuerdo más quienes están totalmente en desacuerdo también oscilan alrededor del 50%, lo que quiere decir que el sentimiento de soledad se encuentra dividido al manifestar la mitad de pacientes que sí se sienten solos a pesar de contar con personas a su alrededor mientras que estuvieron hospitalizados en la UCI.

El 60% manifiestan total acuerdo con querer estar mejor informados en *“necesito estar mejor informado sobre mi salud”* y un 47% expresa total acuerdo con que falta acompañamiento por parte del médico en *“me gustaría ver a mi médico más a menudo”*, lo que ratifica el sentir de los entrevistados.

Finalmente, el 80% de los entrevistados niegan la afirmación de *“nadie me comprende”* expresando un total desacuerdo, lo que denota un alto nivel de acompañamiento y soporte de su contexto familiar y social. (Ver Gráfico 8)

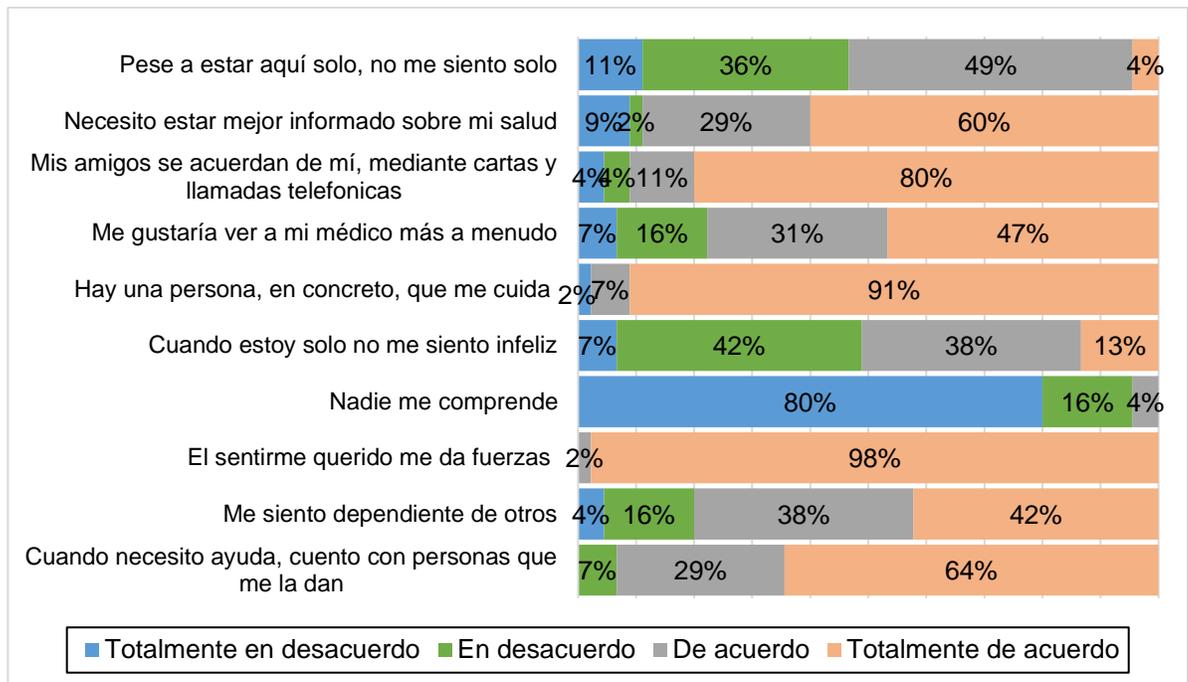


Gráfico 8. Distribución puntuaciones ítems contexto social de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Resultados de los tipos de confort según el cuestionario GCQ de Katharine Kolcaba

Distribución porcentual de las puntuaciones ítems de tipo alivio de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

El 100% de los participantes tienen como determinado querer encontrarse mejor de nuevo, en segundo puesto de sensación de alivio se encuentra “he encontrado un sentido a mi vida” y “me siento en paz conmigo mismo”. Por su parte, existe un alto porcentaje que resalta la importancia de que estén otras personas pendientes de ellos, evidenciado en un 81% totalmente de acuerdo dentro del ítem “mis amigos se acuerdan de mí, mediante cartas y llamadas telefónicas”, en un 47% totalmente de acuerdo con “me gustaría ver a mi médico más a menudo” y en un 42% totalmente de acuerdo con “me siento dependiente de otros”.

En ítems negativos, los pacientes manifiestan su desacuerdo en “me siento fuera de control” con 49%, “tengo miedo al futuro” con 53% y “nadie me comprende” con

80% en total desacuerdo, refiriéndose a sucesos que definitivamente no quieren pasar en su hospitalización. (Ver Gráfico 9)

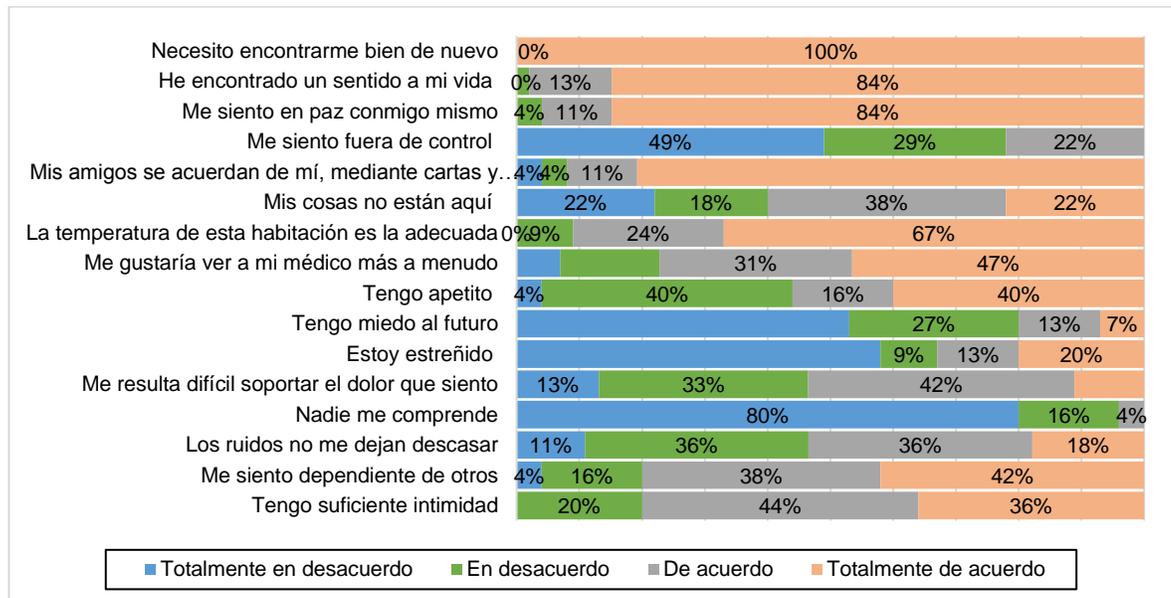


Gráfico 9. Distribución porcentual de las puntuaciones ítems de tipo alivio de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Distribución porcentual de las puntuaciones ítems de tipo tranquilidad de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

En cuanto a la tranquilidad que los pacientes pudieron tener, se encuentran valores altos de totalmente de acuerdo en *“mis creencias me hacen sentirme en paz conmigo mismo”* con 82%, *“hay una persona, en concreto que me cuida”* con 91%, *“me siento confiado”* con 89% y *“me siento útil porque me empeño en ello”* con 84%.

El sentirse con apoyo de otra persona les brinda tranquilidad a los pacientes hospitalizados en UCI, al encontrarse un 91% totalmente de acuerdo con *“hay una persona, en concreto, que me cuida”* y un 64% con *“cuando necesito ayuda, cuento con personas que me la dan”*.

En cuanto al aspecto logístico de la habitación, niegan sensaciones desagradables con un totalmente en desacuerdo en *“en esta habitación hay un olor muy desagradable”* (con 73%) y *“esta cama es muy incómoda”* (con 58%). (Ver Gráfico 10)

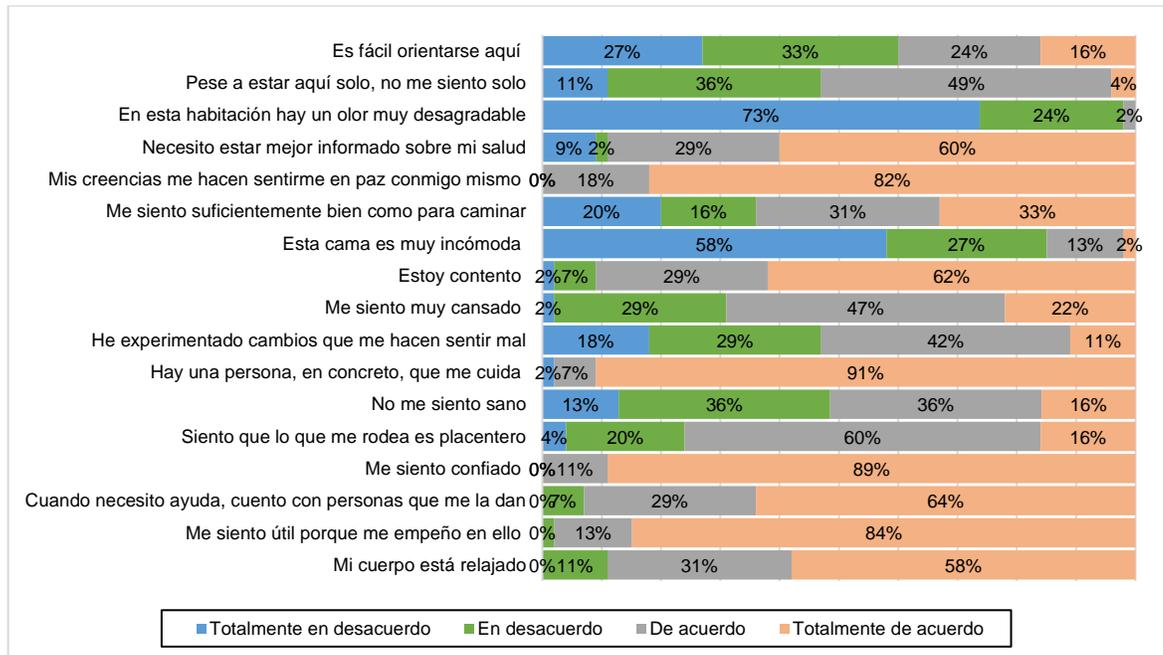


Gráfico 10. Distribución porcentual de las puntuaciones ítems de tipo tranquilidad de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Distribución porcentual de las puntuaciones ítems de tipo trascendencia de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

Por otro lado, hay ítems que demuestran la trascendencia que existe en los pacientes por porcentajes contundentes al ser mayores de 82%. En este sentido, pacientes expresan estar totalmente de acuerdo con “*mi fe me ayuda a no tener miedo*” con 89%, “*intento hacer lo mejor*” con 82%, “*el sentirme querido me da fuerzas*” con 98%, “*siento que mi vida vale la pena*” con 98% y “*puedo superar mi dolor*” con 60%; cifras que muestran sentimientos de superación y de querer salir adelante frente a la situación por la que están pasando.

En otro sentido, hay una sensación de incomodidad en la dimensión de trascendencia al referir un porcentaje entre de acuerdo y totalmente de acuerdo con “*me siento incómodo por no estar vestido*” en un 64%, con “*aquí me siento fuera de lugar*” en un 47% y con “*no me gusta estar aquí*” en un 56%.

Adicionalmente, hay una rotunda negación al referirse al miedo que le puede provocar la habitación con un 97% entre totalmente en desacuerdo y en desacuerdo. También niegan el sentirse deprimidos con un total de 76% entre totalmente en desacuerdo y en desacuerdo. Entretanto, la condición actual los desmoraliza en un total de 62% sumado entre totalmente en desacuerdo y en desacuerdo. Estos porcentajes son contundentes en términos de la negación de incomodidad en la dimensión de trascendencia del paciente, los cuales concuerdan con la comodidad que puede sentir el paciente, al manifestar con un 100% de la suma de totalmente de acuerdo y de acuerdo en “*las vistas desde mi habitación son agradables*” y 82% en “*la atmósfera que me rodea me anima*”. (Ver Gráfica 11)

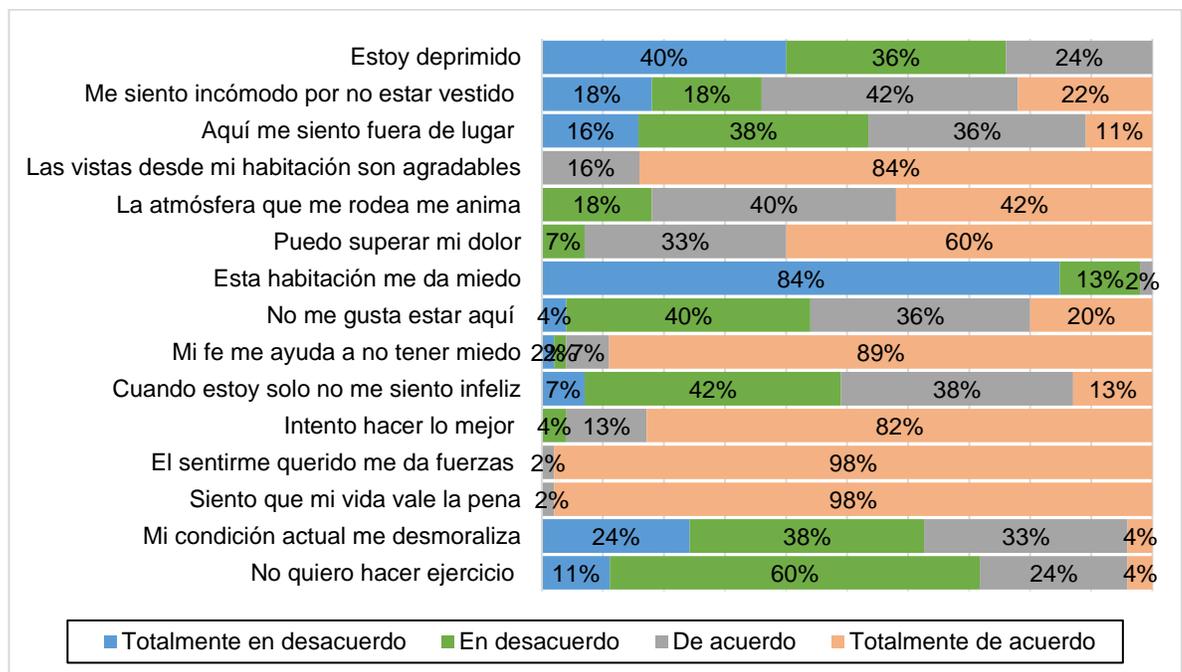


Gráfico 11. Distribución porcentual de las puntuaciones ítems de tipo trascendencia de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Puntaje total, por tipos y contextos de confort del cuestionario GCQ aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

Al valorar la comodidad con el instrumento GCQ de Kolcaba, se tiene en cuenta que “mayores puntajes significan un mayor cubrimiento de las necesidades de

comodidad” (22). Esto indica que las personas hospitalizadas en la Unidad de Cuidado Intensivo del HUSI que participaron en el estudio evidenciaron que lograron resultados generales que reflejan que se cubrieron las necesidades de comodidad en un nivel medio-alto y alto por una respuesta mínima de 131 puntos y máxima de 159 puntos, con un promedio que se ubica en un estado alto de comodidad con 146,07 puntos, con desviación estándar de 7,23. (Ver Tabla 17)

Tabla 17. Puntaje total, por tipos y contextos de confort del cuestionario GCQ aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

	Ítems	# de Ítems	Mínimo	Máximo	Promedio	Promedio (%) según número de ítems de cada categoría	Desviación Estándar
Contextos del Confort	Ambiental	13	31	45	39,58	76,11%	3,47
	Física	12	27	37	32,36	67,4%	2,77
	Psicoespiritual	13	37	51	45	86,53%	3,28
	Social	10	23	36	29,13	72,82%	2,59
Tipos de Confort	Alivio	16	36	51	45,38	70,9%	3,63
	Tranquilidad	17	45	58	52,18	76,73%	3,33
	Transcendencia	15	40	55	48,51	80,85%	3,42
Total		48	131	159	146,07	76,07%	7,23

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

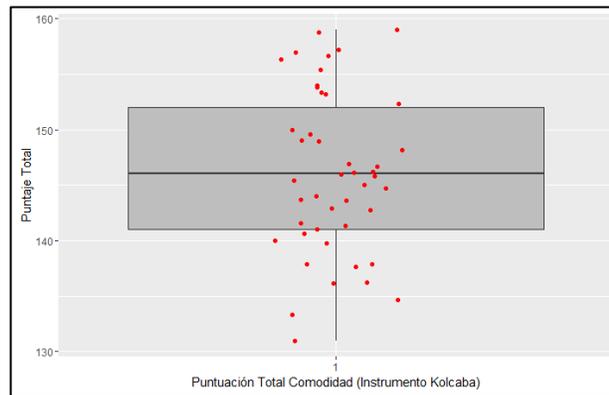


Gráfico 12. Box Plots de puntuaciones totales del cuestionario GCQ de Kolcaba aplicado a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

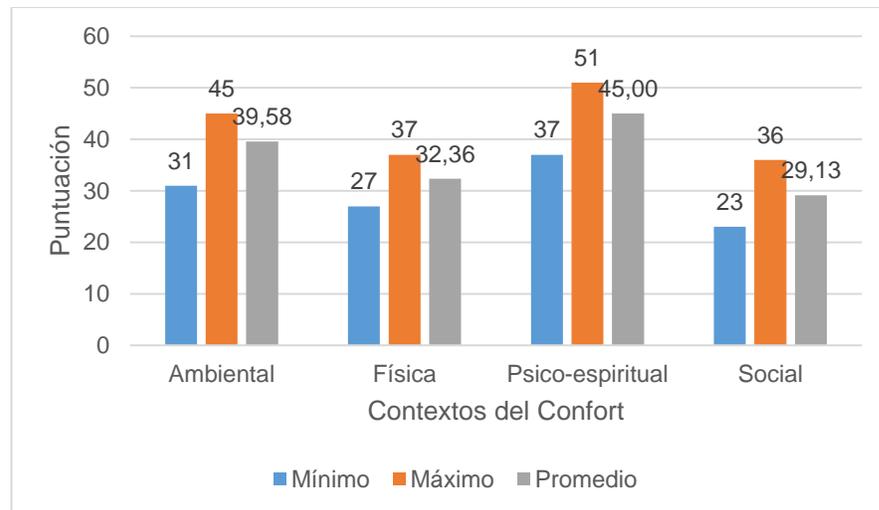


Gráfico 3. Puntuación total por contextos de confort del cuestionario GCQ aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

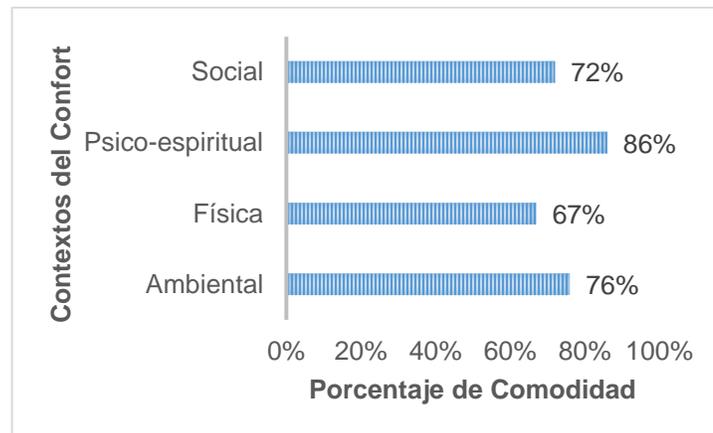


Gráfico 44. Porcentaje de comodidad promedio por contextos de confort del cuestionario GCQ aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

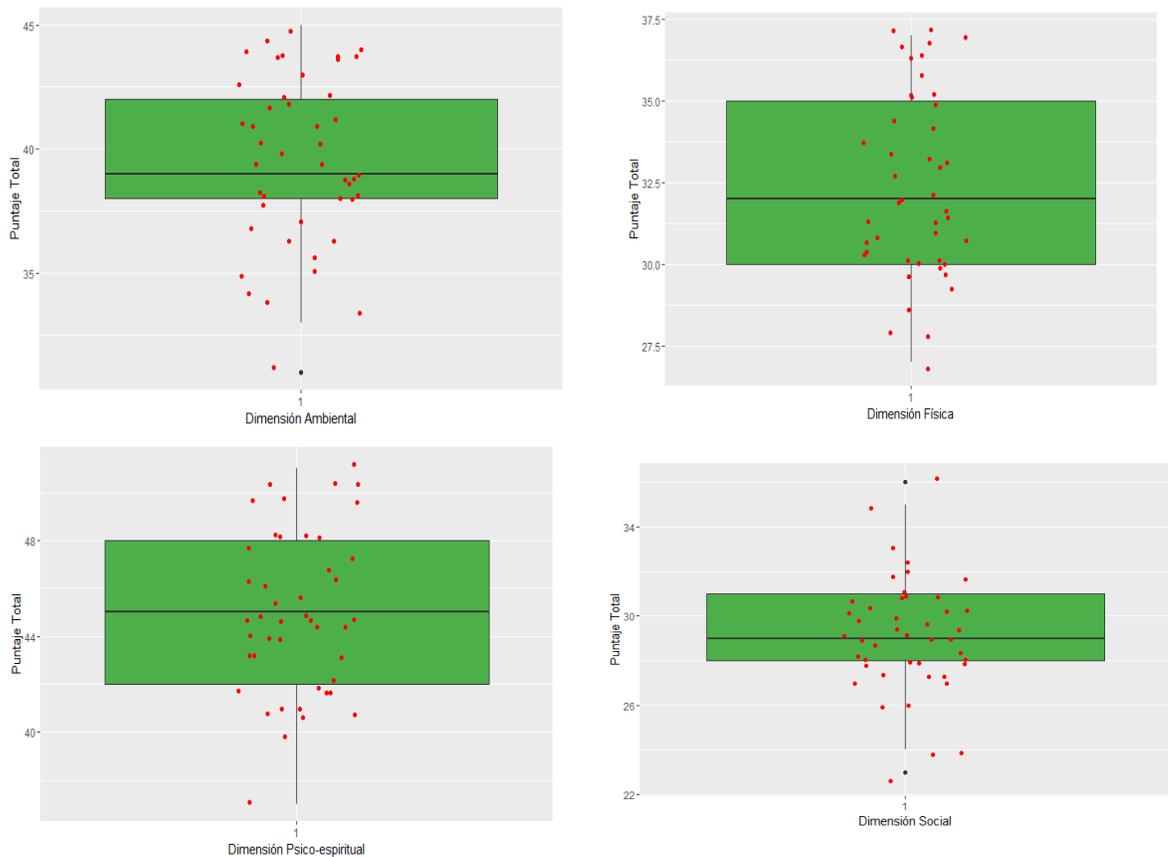


Gráfico 15. *Box plots* de puntuaciones de cada contexto del confort según el cuestionario GCQ de Kolcaba aplicado a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Teniendo en cuenta el número de ítems que tiene cada categoría, se encuentra que entre los contextos del confort se satisface la comodidad en rangos que oscilan entre lo alto y medio alto: en cuanto a lo psicoespiritual con un promedio de 45 puntos, en cuanto a lo ambiental con un promedio de 39,58 puntos, en cuanto al contexto físico con un promedio de 32,36 puntos y en cuanto a lo social con un promedio de 29,13 puntos. Según el porcentaje promedio, se evidenció una mayor comodidad en el contexto psicoespiritual con 86% y la menor comodidad la sintieron en el contexto físico con 67%.

Dentro de los *Box plots* de los contextos de comodidad, se encuentra que la mayor aglutinación se halla en los contextos de confort ambiental y psicoespiritual, con intervalos entre mínimo y máximo de 14 puntos. Los puntajes más dispersos, por

su parte, se encuentran en el contexto de confort físico con un puntaje mínimo de 27 y máximo de 37 puntos.

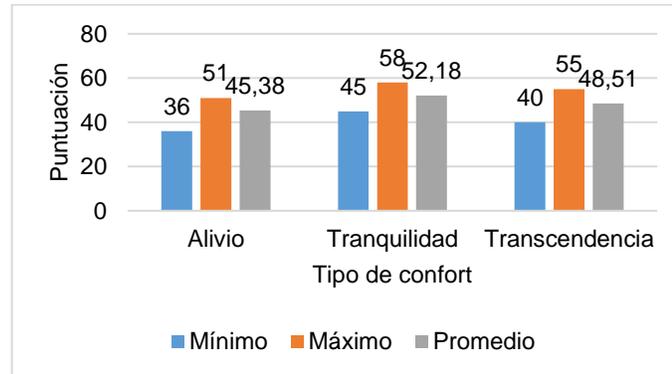


Gráfico 56. Puntuación total por tipo de confort del cuestionario GCQ aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Para los tipos de confort, también cambia el número de ítems totales para cada uno, observando que el tipo con mejor promedio de comodidad fue la tranquilidad con 52,18 puntos y la trascendencia con 48,51 puntos, ubicándolos en un rango alto de cubrimiento de comodidad. Esto incluye un tipo de alivio en el rango medio alto con 45,38 puntos en promedio.

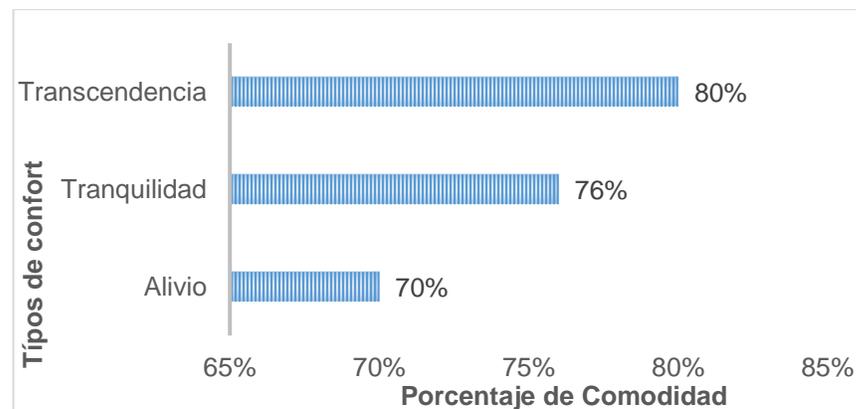


Gráfico 17. Porcentaje de la comodidad promedio por tipo de confort del cuestionario GCQ aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

El porcentaje de comodidad más alto, según el tipo de confort, fue la trascendencia con 80%, teniendo en cuenta que los tres tipos de confort se ubicaron en un porcentaje alto de comodidad, mayor del 70%.

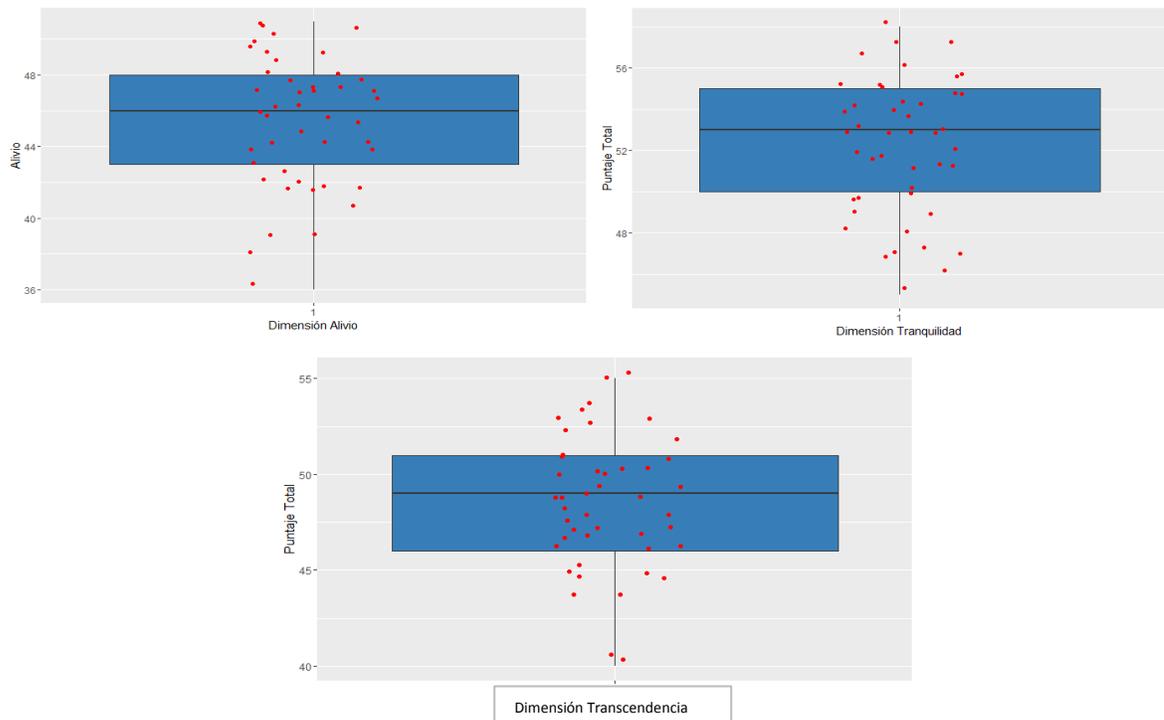


Gráfico 68. *Box plots* de puntuaciones de cada tipo de confort según el cuestionario GCQ de Kolcaba aplicado a pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular del HUSI en diciembre 2015 - enero 2016

Fuente: Datos de la investigación Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardiovascular, Ruiz (2016)

Dentro de los *Box Plots* de los tipos de confort, se encuentra que la mayor aglutinación se encuentra en el tipo de confort de tranquilidad, lo que demuestra niveles de comodidad concentrados entre 45 puntos como mínimo y 58 como máximo puntaje en este tipo de confort. Entre los puntajes más dispersos, se encuentra el tipo de confort de trascendencia con un puntaje mínimo de 40 y máximo de 55 puntos.

5. TRIANGULACIÓN Y DISCUSIÓN

La triangulación de los datos derivados de la investigación, se construyó a partir de los postulados de Sandelowsky de cualitizar los resultados cuantitativos a fin de ampliar los datos obtenidos en la fase cualitativa. “Qualitizar se refiere a un proceso por el cual los datos cuantitativos se transforman en datos cualitativos”. (54) En cuanto, al análisis concurrente, las categorías que se identificaron en el análisis cualitativo frente a los cuatro contextos: físico, psicoespiritual, social y ambiental, propuestos en la teoría de Kolcaba permitieron destacar la comodidad en:

5.1. Comodidad descrita en el contexto físico

Dentro del contexto físico, se encuentran dos categorías importantes. La primera de ellas se refiere a la incomodidad y vergüenza por no poderse mover y cuidar de sí mismo, con los códigos correspondientes: *“vergonzoso para mí esa vaina de los patos”, “me siento incómoda porque uno no lo pueda hacer y estoy acostumbrada hacerlo”* y *“maluco por no poderse mover”*. La segunda categoría importante se refiere al dolor que afecta todo el ser, con los códigos *“duele mucho y no puedo ni respirar”* y *“Uno se siente muy mal, muy mal, absolutamente mal”*.

5.1.1. El contexto físico desde lo cualitativo

La situación de incomodidad en el contexto físico se expresa a través de la primera y segunda categoría: Incomodidad y vergüenza por no poderse mover y cuidar de sí mismo y Dolor que afecta todo el ser, que incluye 5 códigos relacionados con la intimidad, movilidad y el dolor que refieren como comprometidos al encontrarse hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Las personas hablan de la debilidad y el esfuerzo que se requiere al realizar una actividad básica como ir al baño en la UCI. Las personas se sienten dependientes del personal de enfermería, como también manifiestan sobreprotección al no dejarles realizar acciones como su propio baño.

Por mantenerse en un estado de enfermedad, las limitaciones físicas que refieren los pacientes al comer y al moverse son limitadas, requiriendo la ayuda de otras personas para poder lograr sus actividades habituales. Además, los pacientes manifiestan sentirse restringidos en sus movimientos por dispositivos dispuestos para monitorizarlos o tratarlos, refieren sentirse enfermos al no poder moverse, pues no están acostumbrados a estas situaciones y en su cotidianidad son personas activas que no están constantemente en una cama.

El código que mayor frecuencia presentó fue el del dolor, lo cual confirma que esta es la experiencia más marcadora dentro del contexto físico en una Unidad de Cuidado Intensivo. En las expresiones de los entrevistados, se destaca el dolor que sienten al realizarles procedimientos invasivos como las cirugías, las movilizaciones corporales pasivas y activas y la canalización de accesos venosos que conllevan dolores específicos y agudos. Sin embargo, los pacientes manifiestan una atención oportuna a sus necesidades y un tratamiento efectivo a dolores informados que mejoraron su estadía en la UCI.

Por otro lado, el estar hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos les conllevó unos eventos indeseables, que por la misma enfermedad requirió de procedimientos provocaron sucesos desagradables aparte del dolor, tales como sangrados, desespero y hasta exodoncia accidental, lo que contribuyó a la indisposición e incomodidad de los pacientes. Cabe señalar que algunos pacientes llegaron a referir que “la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo disminuye la calidad de vida”.

5.1.2. El contexto físico desde lo cuantitativo

El 20% de las personas expresan que están en desacuerdo con tener suficiente intimidad en la hospitalización en la UCI. En concordancia con la primera categoría identificada en el análisis cualitativo, la experiencia fue incómoda al tener que exponerse cuando realizaban necesidades fisiológicas y cuando su cuerpo estaba expuesto.

Los cambios que experimentan las personas hospitalizadas en la UCI, desde la parte fisiológica (como sentirse débil por su misma enfermedad) o social (como sentirse avergonzado), son expresiones que también se resaltaron y se evidenciaron en los resultados cuantitativos a través de las respuestas del cuestionario, al referir en más del 50% de las personas que experimentaron cambios que los hicieron sentir mal con 53%. Este asunto es fundamental en la medida que crea incomodidad por sentirse incapaces y dependientes de otros para realizar tareas cotidianas como bañarse o vestirse. Se resalta el ítem “sentirse muy cansado” con 69% en total de las respuestas. Los pacientes manifiestan vulnerabilidad al sentir expuesto su cuerpo a otras personas, teniendo relación con el sentirse incómodo al estar desvestidos con 42% de los casos. Su incomodidad es visible también en sus respuestas del instrumento, ya que en su momento los desmoralizó la situación por la cual estaban pasando con 33% de las respuestas obtenidas.

Las expresiones dadas se relacionan con un sentir de dependencia de otras personas del 80% de los casos. Con un resultado contundente del 98%, se

manifiesta que cuenta con una persona que los cuida, aspecto positivo pero que en algunos casos genera sentimientos de minusvalía y dependencia.

El dolor que padecen también limita sus movimientos, logrando determinar un resultado cuantitativo que soporta la categoría identificada en el que refieren sentirse cansados con 69% y ser difícil soportar el dolor con 53% en total de los resultados. Es evidente que el dolor es un aspecto central en la experiencia de incomodidad presente en los pacientes en la UCI cardiovascular, más aún cuando los pacientes han sido intervenidos quirúrgicamente.

Estas exclamaciones se evidencian también en las respuestas del instrumento al referir que no se sienten sanos en un 52%, mientras que mencionan que la condición actual los desmoraliza con 33% de las respuestas. Esto niega que lo que los rodea es placentero (con respuesta del 80%) y que su cuerpo estaba relajado (con 11%).

En las respuestas del instrumento, se evidencia que les resulta difícil soportar el dolor con 24% de acuerdo y 11% totalmente de acuerdo, mientras que sentirse cansados produjo el 69% de las respuestas. Un porcentaje contundente es aquel relacionado con experimentar cambios que los hace sentir mal, estando 42% de acuerdo y 11% totalmente de acuerdo. Además, los datos niegan que se sientan relajados con el 79% de los casos y se resalta que la atmósfera que los rodea los anima muy poco, tan solo en 18% de los casos.

En las respuestas del instrumento, el 98% de los entrevistados señalaron que tenían una persona que los cuidaba y que se sentían confiados en que mejorarían su condición de enfermedad en el total de participantes. Además, refieren contar con alguien cuando necesitan ayuda en 83% de los casos, pudiendo superar su dolor con 93% de las respuestas obtenidas de los pacientes.

Se manifestó también en la fase cuantitativa que les resulta difícil soportar el dolor en 53% de las respuestas. También se refiere en los resultados no sentirse sanos con 52%. Se sienten cansados de estar en la situación en que se encuentran un 69%, además de mencionar que en la hospitalización experimentan cambios que los hizo sentir mal en un 53%, aspecto que concuerda con la categoría cualitativa identificada “estoy lastimado, parezco Jesucristo”. También dicen estar de acuerdo en un 24% al decir que “su condición actual los desmoraliza” con 33%, mientras que el 24% de los pacientes comentaron sentirse deprimidos por su condición de salud.

El resultado promedio final de la comodidad en el contexto físico fue de 67,4% con una desviación 2,77, siendo el más bajo de todos los promedios de los contextos de comodidad.

5.1.3. Integración y discusión

Los resultados del bajo promedio de comodidad obtenido en el contexto físico en los pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo se origina de manera importante debido a los sentimientos de pudor o incomodidad que se generan por las ideas o preconceptos que la persona tiene sobre las funciones corporales, cómo se deben realizar y en qué contexto. El tener que realizar funciones tan íntimas frente a personas desconocidas y con elementos de uso poco común, como el recolector de orina o coprológico, es intimidante, frustrante y vergonzoso para el paciente hospitalizado en UCI. Este es uno de los factores de alteración de la comodidad que las personas refirieron cuando se encontraron hospitalizadas: “la falta de privacidad: pues algunas veces, se comparte habitación con otras personas enfermas, también el personal entra y sale de la habitación, lo que no permite mantener un buen clima personal ni tranquilo” (55). Y en contraparte también se puede desarrollar una sensación de tranquilidad y descanso físico después de la oportuna atención en una necesidad fisiológica. Este asunto se constituye en un aspecto importante en el cuidado de enfermería tal y como Lescalille lo comenta: “el cuidado es un valor que consiste en una especial sensibilidad e interés para reconocer y atender las necesidades de las personas, de acuerdo a su propia formulación” (56).

Los pacientes que presentan una enfermedad que requiera hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo manifiestan la vulnerabilidad en su intimidad al realizar sus actividades básicas de aseo, el baño, necesidades fisiológicas o el cambio de ropa. Exponer su cuerpo a personas desconocidas afecta su autoestima y en la mayoría de los casos son conscientes de la falta de autonomía para realizar actividades cotidianas, aunque refieren su agradecimiento al disponer de personal entrenado y consciente de su proceso de enfermedad.

Por otra parte, se evidencia falta de autonomía para realizar estas actividades, es por esto que, como lo explica Amoros Cerdá:

“La práctica asistencial diaria supone inevitablemente moverse en el campo de las relaciones interpersonales, de las emociones, de los afectos, situaciones todas en las que entra en juego la capacidad de empatizar del profesional de la salud y su conocimiento y respeto de los derechos de privacidad y dignidad de los pacientes”.
(57)

En la actualidad, las Unidades de Cuidado Intensivo cuentan con cubículos reservados para cada paciente; en ellos existen cortinas o biombos que protegen la intimidad de los pacientes, a la par que el personal manipula estos dispositivos para el mismo fin. Sin embargo, a pesar de esto, las personas se sienten expuestas y vulnerables, por lo que cuando se les brinda una previa explicación del procedimiento a realizar y se les asegura el adecuado uso a los elementos que

protegen la intimidad permite disminuir la incomodidad que genera la hospitalización en estas áreas.

Para los pacientes, realizar sus necesidades fisiológicas en la habitación les causa incomodidad, por cuestión de pudor e intimidad. Están en desacuerdo con tener suficiente intimidad durante la hospitalización en la UCI, experimentan cambios durante la hospitalización e incluso presentan el estreñimiento, lo que los hace sentir mal, débiles, cansados y avergonzados.

Al haber restricción física por dispositivos instalados, la administración de medicamentos y el dolor hacen que los pacientes pierdan la capacidad de realizar movimientos libremente causando sentimientos de minusvalía y desasosiego. Esta falta de autonomía puede llegar a originar irritabilidad y disgusto (58). Además, al encontrarse en el estado de enfermedad crítica, los pacientes no pueden realizar los movimientos para suplir necesidades básicas, por lo que existe un deterioro de la movilidad física, como se corrobora en la literatura:

“Un estado en que la persona experimenta una limitación de la habilidad para el movimiento físico independiente. Se caracteriza por: incapacidad para moverse a voluntad dentro del entorno físico, incluyendo la movilidad en la cama, traslados y deambulación, resistencia a intentar movimientos, limitación de la amplitud de movimientos, disminución de la fuerza y/o control de la masa muscular, imposición de restricciones de movimientos, incluyendo protocolos mecánicos o médicos, deterioro de la coordinación”. (58)

Por su parte, hay percepción de dependencia de otra persona para realizar los movimientos habituales como voltearse, sentarse, levantarse y realizar las necesidades básicas (alimentación, baño, eliminación vesical e intestinal). Mattiasson y otros autores lo resumen así:

“En la profesión del cuidado de los pacientes, la importancia de la responsabilidad ética es particularmente evidente en las desigualdades existentes entre cuidadores y pacientes, estando estos en una situación de dependencia impuesta por la enfermedad” (59).

Sumado a lo anterior, los pacientes se sienten mal atendidos al no ser resuelta su necesidad tan pronto como hacen el llamado, lo que repercute en una impresión de desatención y olvido de sus necesidades, generando sentimientos de impotencia. Las personas hospitalizadas en la UCI se consideran dependientes del personal de enfermería y por sus limitaciones físicas necesitan apoyo al comer y al moverse, requiriendo la ayuda de otras personas para poder lograr sus actividades habituales, en ocasiones llegando al extremo de la sobreprotección, cuando manifiestan que no les dejan realizar acciones tan básicas como su propio baño.

En sí, el dolor que presentan los pacientes limita sus movimientos y por ello refieren sentirse cansados, lo que les dificulta soportar el dolor. Al intentar mantener la comodidad, a pesar de estos síntomas, se busca llegar a la trascendencia, entendida como un “estado en que el individuo está por encima de sus problemas o de su dolor” (34), según lo establece Kolcaba.

Además, los dispositivos terapéuticos necesarios para el tratamiento y monitoreo de los pacientes limitan los movimientos propios de la persona al encontrarse con cables, electrodos y brazaletes que las condicionan a una posición restringida o que puedan causar algún nivel de dolor al ser implantados o mantenerlos puestos.

Las vivencias en la hospitalización y la realización de procedimientos de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos favorecen los sentimientos de cohibición y frustración por la situación que están viviendo, tales como el no poder comunicarse y no poder realizar sus actividades acostumbradas. Por ello, se evidencia “el deterioro de la comunicación verbal está presente en los enfermos de UCI que permanecen intubados o traqueostomizados, que presentan alteraciones neurosensoriales o deterioro preceptivo/cognitivo” (58), tal y como lo establece Sánchez Gómez.

La consciencia de no poder realizar las actividades que normalmente realizan causa impotencia y la situación puede llegar a ser desesperante y desesperanzadora. El concepto de desesperanza, en este sentido, puede entenderse, de acuerdo a Sánchez Gómez, como:

“Estado en que la persona ve pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho. Se caracteriza porque la persona puede encontrarse pasiva, disminuye la verbalización, disminuyen las emociones, falta de iniciativa, disminución de la respuesta a los estímulos, disminución de las emociones, volverse hacia el lado contrario de la persona que le habla, cerrar los ojos, encogerse de hombros en respuesta a la persona que le habla, disminución del apetito, aumento o disminución del sueño, falta de implicación en sus cuidados, aceptación pasiva de los cuidados, contenido desesperanzado en claves verbales (“no puedo”)”. (58)

Adicionalmente, los dispositivos terapéuticos restringen a los pacientes en sus movimientos y ellos manifiestan no estar acostumbrados a estas situaciones, como estar en cama, porque en general son personas activas. En consecuencia, estar postrados no los hace sentirse sanos y los desmoraliza la condición actual por la cual están hospitalizados en la UCI.

En cuanto a los procedimientos de rutina como la venopunción, la toma de tensión arterial y el paso de sondas, se refiere que son los que más dolor genera, en especial la canalización, cuando es fallida y repetida. Son varios los lugares de donde proviene el dolor pero, como afirman Mueller y otros:

“No solo el dolor procede de la incisión quirúrgica. Tras ella, pasadas las primeras horas del postoperatorio inmediato, las fuentes de dolor pueden proceder, además de los drenajes torácicos, de la parte posterior de la espalda y los hombros en relación con la postura y dureza de la mesa quirúrgica, de las zonas de inserción de catéteres vasculares y del lecho quirúrgico del injerto venoso, en caso de *bypass* coronario”. (60)

Además, con las intervenciones, se incrementa el dolor y sufrimiento, más aún cuando falta destreza y sutileza para realizarlas.

El dolor impacta de manera importante todas las funciones corporales, pero en especial la respiratoria, como Muñoz et al. Mencionan: “un deficiente e inadecuado control del dolor durante el postoperatorio puede dar lugar a complicaciones de la función ventilatoria” (61). El dolor intenso genera sentimientos de tristeza, agobio y desesperanza, el cual se incrementa cuando existen otros síntomas como la tos y el cansancio físico de estar en cama.

El dolor es manejado de diversas maneras, la principal de ella con medicamentos (analgésicos), por lo que se resalta que en ocasiones se buscan otras formas de manejarlo y generar tranquilidad, como explicando lo que se va a realizar. Al controlarse el dolor, se percibe bienestar físico y emocional. En otras palabras, el dolor es uno de los principales síntomas referidos por los pacientes sometidos a cirugía cardíaca en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y el principal agente estresante, de ahí que uno de los objetivos prioritarios de los cuidados de enfermería sea su valoración y manejo efectivo (62). Por lo anterior, se considera que la sedoanalgesia postoperatoria reduce la mortalidad en cirugía cardíaca (63). Existe la imposibilidad de expresar el dolor por la condición de salud y los equipos terapéuticos instaurados. Por ello, enfermería es un pilar imprescindible e insustituible para la valoración del dolor postoperatorio pudiendo anticiparse a las posibles complicaciones derivadas del dolor (64).

El desarrollo de las actividades de la Unidad de Cuidado Intensivo se lleva a cabo durante las 24 horas del día. Algunas de estas se realiza en horas de la madrugada por el estricto control de la monitoria del paciente. Estas actividades están fundamentadas en evitar el mínimo riesgo de caída, infección o cambios hemodinámicos súbitos que puedan presentar los pacientes críticos. Sin embargo, estas actividades durante la noche o madrugada llegan a perturbar el sueño nocturno del paciente, como también lo menciona Basco:

“Los pacientes de cualquier tipo de hospital, por su propia patología, tienen desajustes en este tipo de necesidad (sueño). Mucho más si hablamos de las unidades de cuidados intensivos, donde el trabajo es constante, donde minuto a minuto se han de realizar técnicas, toma de constantes, administración de fármacos, sin olvidarnos de la gran tecnología que caracteriza a este tipo de unidades y todo el ruido que de ellas derivan, donde los pacientes y sus familiares lo conciben como

una zona de peligro, un lugar inhóspito, de agresión, donde el peligro es inminente segundo a segundo”. (65)

Los procedimientos que se realizan en la Unidad de Cuidado Intensivo o la causa de hospitalización en ésta son de alta complejidad y riesgo. Así mismo, la posibilidad de existir iatrogenia también es alta, lo que conlleva efectos molestos e incomodidad para el paciente además en su estado de salud, tal y como lo indica Kox:

“La visión actual en la medicina de cuidados intensivos es que los pacientes críticamente enfermos necesitan un tratamiento muy intensivo. Sin embargo, en este grupo de pacientes tan vulnerable, el tratamiento más intensivo puede favorecer la aparición de efectos no deseados y de ese modo, el desarrollo de daños iatrogénicos”. (66)

Por otro lado, estar en la Unidad de Cuidado Intensivo, según Madjar, “es una experiencia cuyo contexto más íntimo son los cambios en el yo mismo debido a la enfermedad y a las lesiones” (67). Por ello, su autoimagen cambia, al igual que se ve comprometida por los sucesos y procedimientos realizados por su enfermedad, tratamiento y monitoria. Las necesidades físicas resueltas durante la hospitalización, cuando se realizan de forma rápida, hacen sentir al paciente satisfecho por la atención del personal de enfermería. En ese sentido, Peplau señala que “la profesión de enfermería tiene la responsabilidad legal de hacer un empleo eficaz de la enfermería y de sus consecuencias para los pacientes” (68), lo que implica que las actividades diferentes a la atención en salud para mejorar la comodidad (masajes, lectura) proporcionan un bienestar adicional para el paciente, tanto físico como psicológico.

En suma, los pacientes que están hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo viven momentos indeseables al requerir procedimientos que conllevan molestias como dolor, sangrado, cansancio y desespero que contribuyen a su incomodidad. Para ellos, enfermería tiene las herramientas necesarias para mejorar su situación, por lo que una atención personalizada e integral favorece su hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo.

En conclusión, en el contexto físico se resaltó la necesidad de los pacientes por sentirse bien, y quedan manifiestos los pensamientos de querer superar la situación por la cual están pasando y, especialmente, el dolor. En los resultados generales del Cuestionario GCQ, se evidenció que las necesidades de comodidad en el contexto físico fueron cubiertas de una manera apropiada, alcanzando un nivel alto en promedio de comodidad de 67.4% con desviación estándar de 2.7. La comodidad, en este sentido, es un estado holístico que captura muchos de los aspectos interrelacionados de la experiencia humana positiva (28).

5.2. Comodidad descrita en el contexto psicoespiritual

Dentro del contexto psicoespiritual, se encuentra una categoría amplia: sintiéndose en paz al contar con Dios y estando bien al ser atendido. Esta categoría cuenta con los siguientes códigos: *“tiene uno como más paz y le queda tiempo de orar o pensar las cosas mejor”, “yo me sentía muy bien, estaba como dicen, bien acomodado, bien atendido”, “uno en una situación de estas, uno se ve como frustrado”, “pude entender que las cosas iban a salir mejor, iba a salir adelante” y “en la UCI se siente que Dios lo está a uno ayudando”*.

5.2.1. El contexto psicoespiritual desde lo cualitativo

La situación de comodidad en el contexto psicoespiritual se expresa a través de la tercera categoría sintiéndose en paz al contar con Dios y estando bien al ser atendido, que incluye 5 códigos relacionados con la paz interior, un espacio para orar, sentir que se va a salir adelante, al igual que sentirse frustrado. Esta ambivalencia se presenta dado que al estar en una situación difícil como ser hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo, los pacientes tienen tiempo y espacio para reflexionar sobre su vida y su futuro, por lo que se adhieren a una estancia superior divina, a un Dios que les da paz y que los acompaña en la situación difícil por la que están pasando.

Estar hospitalizado brinda a los pacientes un espacio para estar solos, para poder pensar en la espiritualidad, concientizarse de lo que han vivido y lo que les falta por hacer, con expresiones como “me queda tiempo de orar” y “se pone uno a pensar en las situaciones que ha dejado de hacer y de los errores que uno ha cometido en su vida”.

Las atenciones y los cuidados de los pacientes por parte del personal asistencial les brinda confianza en la prestación de los servicios que hay en la Unidad de Cuidado Intensivo, el ambiente que los rodea les genera confianza al estar pendiente las 24 horas del día de las necesidades de los pacientes, favoreciendo comodidad en la estadía en este servicio, a pesar de la complejidad, de situaciones vividas en un ámbito tan riguroso como la Unidad de Cuidado Intensivo. Expresiones como: “el cuidado de enfermería me ofrece la tranquilidad que uno busca”, “están pendientes de uno” y “yo necesito cualquier cosa y ellas vienen” comprueban lo dicho anteriormente.

En la Unidad de Cuidado Intensivo, hay inconformismo y frustración con algunas situaciones que tienen que vivir los pacientes: una parte de los ellos manifiestan sentirse incómodos con situaciones específicas, como tener que recibir apoyo de otra persona para bañarse o comer, demoras en la atención, la inmovilidad que

deben tener o el trato despersonalizado al no llamarlos por su nombre. Estos eventos ocurrieron en esta unidad y repercutieron en la comodidad de los pacientes.

La enfermedad aguda requiere en la mayoría de los casos hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo. Estos pacientes ingresan con un estado de salud que pone en riesgo su vida, la atención y los cuidados realizados durante su estancia en algunos casos los mejora, logrando manifestar agradecimiento y tranquilidad por la evolución satisfactoria como lo referido en las expresiones de las entrevistas: “me sentía mal, pero ya a raíz de que fui evolucionando, toda la atención, todos los procedimientos y todo eso, ya se me fue desapareciendo”, “me hicieron sentir muy confiado del problema que yo tenía y de la atención que me estaban prestando, que sí, me iban a sacar adelante”, “todo me mejoró, porque la operación fue un éxito” y “tranquilidad, porque están pendientes de uno”.

Los pacientes también manifiestan que estar en la situación de enfermedad facilita la necesidad de confiar en un ser superior, mientras que estuvieron hospitalizados tuvieron la oportunidad de contar con personas que venían como representantes en la tierra de Dios o con el objetivo de brindar apoyo espiritual, sin tener en cuenta credo. La mayoría de los entrevistados son personas creyentes que practican la religión con el convencimiento que les va ayudar a salir del estado de enfermedad en que se encuentran. En la UCI, encontraron el espacio para la espiritualidad, con la facilidad de contar con sacerdotes que los escucharon y animaron para su recuperación.

5.2.2. El contexto psicoespiritual desde lo cuantitativo

En los resultados del cuestionario, se ve reflejada la tranquilidad en la situación espiritual por la que están pasando. Al tener una respuesta contundente en el ítem “me siento en paz conmigo mismo”, refieren estar de acuerdo 95% de los pacientes.

En las respuestas del instrumento, también se resaltan otros ítems como “he encontrado un sentido a mi vida”, en el cual los pacientes refieren estar de acuerdo en un 97% de las respuestas, y “mi fe me ayuda a no tener miedo”, en la que los pacientes refieren estar de acuerdo en un 96% de los casos. Por su parte, más del 80% creen que la fe en un ser superior es importante, los ayuda a estar más tranquilos en su parte sentimental y más cómodos en su aspecto espiritual.

Además, se encontraron ítems como “cuando necesito ayuda, cuento con personas que me la dan” el 93% de los casos manifestaron estar de acuerdo. Igualmente, en el ítem “siento que lo que me rodea es placentero”, los pacientes refirieron 74% estar de acuerdo y en “la atmósfera que me rodea me anima” los pacientes encuestados refirieron estar de acuerdo en un 82% de los casos. Estas cifras acreditan una sensación de placer y comodidad en su contexto psicoespiritual.

En esta fase cuantitativa, también se tabularon datos en los que se muestra la incomodidad percibida. En el ítem “he experimentado cambios que me hacen sentir mal”, el 53% de los pacientes refieren estar de acuerdo, mientras que en el ítem “me siento muy cansado” los pacientes encuestados refirieron estar de acuerdo en un 69% de los casos. Del mismo modo, para “mi condición actual me desmoraliza” los pacientes refieren estar de acuerdo en un 37% de las respuestas, lo que señala que hay un impacto psicoemocional importante por encontrarse en esta situación de salud.

No obstante, también hay reportes positivos contundentes del cuestionario, como en los ítems “me siento confiado”, en el cual el 100% de los pacientes refieren estar de acuerdo. En “el sentirme querido me da fuerzas”, el 100% de las respuestas están de acuerdo y para “la atmósfera que me rodea me anima” los pacientes refieren en 82% de los casos estar de acuerdo.

En el análisis cuantitativo, se comprueba la fortaleza que tienen al contar con un ser superior al contestar si la fe los ayuda a no tener miedo. En este sentido, un 7% se mostró de acuerdo y un 89% totalmente de acuerdo. Además, en el ítem relacionado con que las creencias los hacen sentir “estar en paz conmigo mismo”, el 82% refirieron estar totalmente de acuerdo.

5.2.3. Integración y discusión

Durante la hospitalización, en una Unidad de Cuidado Intensivo, es poca la entretención, no hay variedad de posibilidades de realizar actividades que llamen la atención de los pacientes, lo que conlleva una sensación de encerramiento. No obstante, esto mismo puede llegar a ser un espacio de serenidad y tiempo para pensar, que no encuentren en otro lugar. Estar en la Unidad de Cuidado Intensivo como lo menciona Beltrán, “es una experiencia que sirve de base para implementar cambios en la forma de ver o de enfrentar la vida y en las relaciones con las personas que están alrededor de quienes viven la experiencia y padecen la enfermedad” (69). Es posible entonces, a pesar de estar muy enfermo, sentirse bien, en la medida en que se siente cuidado y atendido de manera apropiada.

Los pacientes del mismo modo acogen un acompañamiento espiritual de un ser superior que los hace sentir protegidos y los hace conscientes de buscar en la oración una forma de fortalecimiento. Dado que ya existe el sufrimiento espiritual, el cual ha sido diagnosticado por la NANDA como “deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza, o un poder superior al propio yo” (70). La importancia de la asistencia en el área espiritual, por ende, es mayor al darse a través de una persona guía (que mejora la condición de hospitalización de las personas creyentes y que brinda soporte a través del diálogo)

o de un ser superior, pues la fortaleza que da el creer en su existencia facilita el poder manejar y superar la enfermedad y la situación vivida en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo asumen una posición de convencimiento de seguir adelante con su proceso de rehabilitación y la importancia de encontrarse en la unidad donde requieren de un cuidado especial y complejo, puesto que el sufrimiento espiritual se ve expuesto. El cuidado de enfermería integral favorece entonces la estadía del paciente en cuidado intensivo en su contexto psicoespiritual, mejorando su aceptación a la situación de salud en la que se encuentra, al igual que fortaleciendo la tranquilidad y seguridad de los servicios que se les presta. Por ello, puede llegar a presentarse en los pacientes un sentimiento de sufrimiento por encontrarse en la Unidad de Cuidado Intensivo y, ante eso, es importante establecer que ellos pueden llegar a estar en un “estado en el cual el individuo o grupo experimenta, o tiene riesgos de experimentar, un trastorno en sus creencias o sistema de valores que constituyen su fuente de fuerza, esperanza y significación para la vida” (71), para que de esta manera enfermería pueda identificar y tratar situaciones similares.

Ahora bien, el acompañamiento médico y de enfermería con información acertada y oportuna brinda al paciente confianza en sus medidas de tratamiento. Torralba, por ejemplo, plantea lo siguiente:

“En situaciones de dolor y desamparo, el ser humano siente con una especial intensidad la necesidad de dialogar, de expresar lo que siente, lo que vive en el seno de su interioridad. Cuanto más próximo vive el humano de la vulnerabilidad radical, es decir, de la muerte, de la descomposición de su presencia exterior, más desnudo se presenta ante su prójimo”. (72)

Por lo anterior, los familiares o personas que brindan apoyo emocional son un instrumento importante para el fortalecimiento físico, emocional y espiritual del paciente, lo cual brinda un fortalecimiento de la confianza en el personal asistencial en el proceso de recuperación, al estar hospitalizado en una UCI.

Sentirse bien atendido por la oportuna y convincente asistencia del personal de enfermería es un factor primordial. La atención con la acomodación en la cama-silla, la comida, el manejo del dolor, el diálogo, los métodos de esparcimiento, el manejo de los síntomas y necesidades fisiológicas son actividades que influenciaron en la satisfacción de los usuarios aparte del manejo clínico y organizacional. La asistencia holística y permanente del personal calificado y entrenado al paciente y su familia conduce a la buena respuesta fisiológica y al reconocimiento de su manejo asistencial y humano.

La experiencia y capacitación del personal de atención junto con la alta tecnología y compromiso de la institución favorece la satisfacción en la hospitalización de los

pacientes en UCI. A parte del personal de enfermería, de medicina y de terapias que atiende a los pacientes, también son importantes los aportes que dan el personal de alimentos, de aseo y mantenimiento bajo la coordinación de la enfermera que, viendo las necesidades del paciente, implementa sus servicios a beneficios de este. Por ello, la Unidad de Cuidado Intensivo requiere de un cuidado directo, humano y eficiente al paciente que se encuentra en un deteriorado estado de salud. Los pacientes sienten que dependen del personal de salud capacitado y en la mayoría de los casos refieren sentirse satisfechos con su atención cuando todo esto se les brinda. El trato del cuidador favorece la estadía del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo y enfermería, por su parte, desde un comienzo ha de estar en contacto directo con los pacientes, haciéndolos sentir bien atendidos, apoyados con un manejo respetuoso, sensible y eficiente.

El estado de ánimo del personal de enfermería puede llegar a repercutir en el manejo de los pacientes. El estrés o ánimo manejado al laborar en una Unidad de Cuidado Intensivo tiene algún tipo de repercusión ya sea de manera alegre o de indiferencia a la atención del paciente. Por lo anterior, se percibe que son muy importantes las actividades de identificación como llamarlos por el nombre, reconocer sus gustos y sus inconvenientes, detalles que consideran que hacen parte de una buena atención. El rol de los pacientes cambia al estar hospitalizados en una Unidad de Cuidado Intensivo, se vuelven dependientes de otros, lo que les disminuye su percepción de capacidad personal y replantean también el significado de la vida, al ser conscientes del proceso que están pasando y que han vivido (sometiéndose a pensamientos de regresión, reproche, arrepentimiento y reflexión). La literatura coincide con lo mencionado, tal y como lo menciona Scott:

“Cuando una persona entra a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras la intervención, pueden presentar diversas alteraciones psicológicas como consecuencia de la adaptación a la nueva situación, en la cual los pacientes se encuentran en un ambiente extraño o desconocido, que les priva de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asaltan constantemente estímulos sensoriales extraños”. (73)

En suma, para el paciente el significado de estar en la Unidad de Cuidado Intensivo es tener la última oportunidad de vida, de sentirse realmente con una enfermedad grave, pero a la vez tener una opción de recuperarse por encontrarse en un lugar de alto nivel científico, manejo clínico y asistencial, mientras su estado de salud, desde lo psicoespiritual, sea óptimo.

5.3. Comodidad descrita en el contexto social

Dentro del contexto social, se encuentran dos categorías importantes. La primera de ellas, se refiere al acompañamiento y la visita de la familia, fuente de tranquilidad

y satisfacción, con los códigos correspondientes: *“el apoyo familiar me dio tranquilidad y satisfacción”* y *“yo anhelaba la hora que llegaran las visitas”*. La segunda categoría importante se refiere a la impotencia al no poder comunicarse, con el código *“no hay como una comunicación personal”*.

5.3.1. El contexto social desde lo cualitativo

La situación de incomodidad en el contexto social se expresa a través de la cuarta y quinta categoría: el acompañamiento y la visita de la familia fuente de tranquilidad y satisfacción e impotencia al no poder comunicarse, que incluye 4 códigos relacionados con el apoyo familiar y del personal asistencial, la importancia de la visita y la comunicación en la UCI.

El aspecto emocional se ve directamente relacionado con la parte social, el poder contar con la familia y amigos demarca un apoyo insustituible para la fortaleza que deben tener los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo. Las voces de los pacientes lo demuestran: *“hay personas que están pendientes de uno”, “gracias a Dios el apoyo de la familia, de los amigos”, “me dieron esa voz de aliento, me dieron ese ánimo, que para adelante”, “eso es una base para uno ir mejorando en la enfermedad”, “le da a uno mucha fortaleza”* y *“con ellos no encontré ninguna incomodidad, es más me apoyaron mucho”*. Estas declaraciones permiten entender que hay un apoyo significativo por parte de la familia y amigos que ayudan a socorrer la situación del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo, es así, que las visitas son de gran importancia al encontrarse en una situación vulnerable tanto en el estado físico como emocional.

Las manifestaciones de los pacientes es estar con sus familiares y amigos y ofrecerles también comodidad en el momento de la visita. En este sentido, es importante tanto la comodidad de ellos como de las personas que están a su alrededor. Aspectos de la visita como no tener una silla confortable para los visitantes, tiempos cortos y número limitado de personas permitidas (solo una por visita) fueron elementos que afectaron de una u otra forma la comodidad del paciente. Sin embargo, hubo cierta permisibilidad por parte del personal asistencia en momentos específicos en que los pacientes necesitaban del apoyo de su familiar o cuando requerían contacto si se encontraban en aislamiento.

Por otro lado, en el contexto social, se ve expuesta la falta de información y acompañamiento por parte del personal médico a los pacientes, al reiterar los pacientes en la entrevista la deficiencia de la comunicación personal y en las encuestas con un porcentaje mayor al 47% de estar totalmente de acuerdo en este aspecto.

Finalmente, hay un sentimiento de vulnerabilidad que se demuestra en la dificultad para poder expresar lo que sienten los pacientes por la situación en que se

encuentran, como también está la dificultad para poder ser atendido al no haber un dispositivo especial de llamado.

5.3.2. El contexto social desde lo cuantitativo

Es importante destacar lo expuesto en el cuestionario, que revela porcentajes altos en ítems como “mis amigos se acuerdan de mí, mediante cartas y llamadas telefónicas” con 91% de las respuestas estando de acuerdo, “cuando necesito ayuda, cuento con personas que me la dan” con 93% de las respuestas estando de acuerdo o totalmente de acuerdo, y “hay una persona, en concreto, que me cuida” con 98% de los pacientes de acuerdo. Esto evidencia, también en números, que el apoyo social es un factor importante para los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo.

Adicionalmente, sobresalieron porcentajes considerables de incomodidad con la comunicación al tener en cuenta los ítems “me gustaría ver a mi médico más seguido” con 78% de las respuestas estando de acuerdo y “necesito estar mejor informado de mi salud” con 89% estando de acuerdo. Al comparar datos cuantitativos, existe una contradicción, pues hay un pequeño porcentaje, 4% de personas que refieren estar de acuerdo, que dicen que “nadie las comprende”, mientras que un alto porcentaje, un 93%, refiere estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el ítem “cuando necesito ayuda, cuento con personas que me la dan”.

5.3.3. Integración y discusión

En el contexto social, sobresale la importancia del apoyo que les brinda la familia y amigos a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo, ya que los hace sentir bien, amados y les da fuerza para seguir adelante con su recuperación, lo que coincide con lo mencionado por Gutiérrez: “los pacientes necesitan relacionarse con otras personas para combatir la sensación de soledad que están viviendo en la UCI” (30). Estos sentimientos de soledad, angustia, miedo o enfermedades como la depresión y el delirium se pueden prevenir o atenuar. Hewitt (74), por ejemplo, señala la importancia de valorar la compañía a los familiares y amigos de los pacientes como un recurso en la prevención de estas alteraciones (delirium, depresión), ya que pueden ayudar a mantener la orientación de los mismos durante su estancia en la UCI. No obstante, estos acompañantes también pueden verse afectados por la situación, por lo que sería conveniente realizar una valoración de sus necesidades con el objetivo de proporcionarles un apoyo adecuado que les permita ofrecer un acompañamiento apropiado a sus familiares convalecientes.

Las relaciones interpersonales son indispensables en la situación de salud por la que se encuentran los pacientes, desde la persona que lo atiende, hasta la visita y atención de la familia y amigos. Por ello, estas visitas hacen sentir a los pacientes

importantes, queridos y apoyados para salir adelante con su estado de salud y su vida.

Ahora bien, los usuarios de una Unidad de Cuidado Intensivo requieren de un alto nivel de atención, sus intervenciones y necesidades de confort son mayores a las de un paciente de hospitalización general. Por esto mismo, el acompañamiento del personal asistencial que está a cargo de los pacientes es de un nivel de entrenamiento y experiencia mayor, con profesionales especializados en el área específica. Esto los hace sentir bien atendidos, tranquilos y pendientes de ellos. De hecho, Kolcaba también lo ha mencionado al expresar:

“Cuando las enfermeras se ocupen efectivamente de las necesidades de confort de los pacientes, mejores resultados de los pacientes e institucionales se consiguen, como la mejora de la satisfacción del paciente, las descargas de éxito y la viabilidad financiera de la institución”. (32)

El Hospital Universitario San Ignacio, dentro de sus políticas institucionales, también tiene esto en cuenta, pues se rigen por incentivar en sus trabajadores un servicio humano, seguro y eficiente. El personal asistencial atiende a los pacientes con un trato digno y responsable, haciéndolos sentir bienvenidos y respaldados por un trabajo en equipo sensible, eficiente y de alta tecnología.

Sin embargo, hay una proporción pequeña de pacientes con un requerimiento específico, relacionado con que quisieran estar mejor informados por parte de su médico y que les brinden un espacio de comunicación abierta sobre su estado de salud. En este sentido, el paciente, al estar en cuidado intensivo, tiene una causa realmente justificada para esta solicitud que requiere de toda la apropiación por parte del grupo de médicos tratantes a fin de brindar una información clara y precisa para su paciente en busca de aclarar dudas de su estado, riesgos y pronóstico. Todo esto ayudará, en definitiva, a minimizar la angustia y estrés por desconocimiento del tema, como lo propone Granero: “cuando el paciente desconoce su situación, aumenta el estrés y la preocupación, lo cual influye negativamente en cómo afronta el proceso por el que está pasando” (75).

En suma, existe un sentimiento de vulnerabilidad y sensibilización que se demuestra en la dificultad para poder expresar lo que sienten los pacientes, por la situación en que se encuentran, al igual que está también la dificultad de poder ser oído al no haber un dispositivo especial de llamado. Ese tipo de sensaciones pueden afectar la comodidad del paciente y por ello la comunicación resulta fundamental, tal y como lo propone Beltrán, quien dice que “debido a la sensación de desamparo y soledad que acompaña la enfermedad, la comunicación se convierte para los pacientes en un factor importante de motivación y de contacto con la realidad” (76). Por ello, es primordial tener una comunicación efectiva, de modo que exista, esencialmente, métodos de llamado para el reconocimiento de las necesidades por parte del personal de atención.

5.4. Comodidad descrita en el contexto ambiental

Dentro del contexto ambiental, se encuentra una categoría: percibiendo el encierro, el ruido y la tranquilidad ofrecida por el ambiente. Esta categoría cuenta con los siguientes códigos: *“cansado de estar acostado y de sentirse uno aquí como encerrado”*, *“el ruido a algunas horas de la noche, eso sí es molesto”* y *“digamos que el ambiente, que no hace frío, que no hace calor, que está uno tranquilo”*.

5.4.1. El contexto ambiental desde lo cualitativo

La situación de incomodidad en el contexto ambiental se expresa a través de la sexta categoría: percibiendo el encierro, el ruido y la tranquilidad ofrecida por el ambiente, que incluye 3 códigos relacionados con percepción de encierro, ruido, y a la vez sentirse en un lugar acogedor y tranquilo.

El espacio físico de la Unidad de Cuidado Intensivo lo identifican algunos pacientes como un espacio reducido, por lo que manifiestan una sensación de encerramiento que llega a angustiarlos y, al no tener ninguna actividad que los distraiga, sienten aún más el vacío. Pese a ello, dentro de este contexto también se pueden observar registros de sus voces que demuestran una satisfacción por el área física de la Unidad de Cuidado Intensivo, al manifestar su comodidad por el ambiente en el que se encuentran, el clima, la tranquilidad, los colores, la iluminación y la limpieza.

No obstante, los ruidos ocasionados por la misma monitoria o al activarse las alarmas son descritas en varias frases de los pacientes, quienes llegaron a comentar que hubo momentos en los que dejaban de moverse para evitar que se activaran la alarmas. Estos ruidos podían ser las 24 horas, pero incomodaban aún más en el horario nocturno. Además, otra de las causas del molesto ruido eran los procedimientos realizados por el personal asistencial y de aseo en la misma habitación del paciente o de otros pacientes, llegándoles a ocasionar molestias por el alto nivel del ruido.

5.4.2. El contexto ambiental desde lo cuantitativo

En la valoración cuantitativa, no se encuentra desagrado por la habitación, obteniendo puntajes altos de comodidad, como “sentir que lo que lo rodea es placentero” con 60% de acuerdo y 16% totalmente de acuerdo; mientras que para el ítem “la atmósfera que lo rodea los anima” 40% coincidieron en estar de acuerdo y 42% en estar totalmente de acuerdo. Es importante resaltar también que no se encuentra el ítem específico a expresiones de incomodidad sobre el encierro y la falta de distracción.

La percepción del ruido, en concordancia con lo cualitativo, también fue claramente representado en el cuestionario en el que respondían al ítem “los ruidos no me dejan descansar” con un 36% de acuerdo y con un 18% Totalmente de acuerdo. También se reflejó un 24% entre en desacuerdo y totalmente en desacuerdo frente al ítem “siento que lo que me rodea es placentero”. Al contestar si habían experimentado cambios que los hicieran sentir mal, los pacientes encuestados refirieron estar de acuerdo en un 42% y totalmente de acuerdo en un 11%.

En el cuestionario, manifestaron su armonía con el contexto ambiental con cifras contundentes, al afirmar que estaban de acuerdo y totalmente de acuerdo al decir que “lo que está a su alrededor les satisface” en un 76% y al decir que las vistas desde la habitación son agradables en un 84%. Lo anterior coincide con lo manifestando sobre la atmósfera que los rodea y que los anima, ítem en el que los pacientes encuestados refirieron estar de acuerdo en un 40% y totalmente de acuerdo en un 42%.

5.4.3. Integración y discusión

En el contexto ambiental, la falta de familiaridad de los pacientes al realizar sus actividades diarias o utilizar los implementos desfavorecen su estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo al manifestar su inconformismo, tal y como lo plantea Gómez-Carretero: “en la UCI tienen que abandonar, al menos temporalmente, los roles que previamente desempeñaban (familia, trabajo, etc.) y adoptar un rol pasivo y dependiente hacia el equipo médico del hospital y las máquinas y equipamiento que les rodean” (62).

Del mismo modo, la satisfacción que ofrece un ambiente físico en la Unidad de Cuidado Intensivo repercute en el paciente, en pro o en contra de su percepción del dolor, alivio y estado de salud, tal y como proponen Prieto y otros: “la Unidad de Cuidados Intensivos es un entorno impersonal y tecnológicamente invasivo. La normativa de la unidad y la estructura arquitectónica favorecen la pérdida de intimidad, hecho que resulta inherente a toda hospitalización” (77).

Específicamente, el ruido de los monitores y del ambiente de la Unidad de Cuidado Intensivo repercute en el descanso y tranquilidad del paciente, tornándolo molesto e intranquilo. También lo dice la literatura, que menciona factores derivados a la falta de sueño:

“[La falta de sueño se debe a] los factores derivados de la propia enfermedad como pueden ser el dolor, la inmovilidad, la administración de cuidados, etc. hay que añadir limitaciones estructurales (unidades abiertas sin apenas luz natural, ni privacidad) y ambientales (ruido, exceso de luz artificial, etc.) que caracterizan a la mayoría de las unidades de intensivos”. (78)

Las condiciones ambientales de ruido, dispositivos, aislamientos y privaciones llevan a desmoralizar a los pacientes. Es así que el proceso de asistencia del equipo de salud para sobrellevar su hospitalización es vital. Un manejo eficiente favorece su estancia y proceso de salud, desde estar pendiente de las alarmas, hasta buscar la forma de hacerlos sentirse satisfechos con la atención al paciente y su familia.

En suma, el espacio físico de la Unidad de Cuidado Intensivo favorece la intimidad, la soledad y el recogimiento para pensar, brindando tranquilidad y paz para conectarse con un espacio espiritual. Además, el ambiente físico agradable en una situación de hospitalización y más en una Unidad de Cuidado Intensivo es un aspecto importante en la consecución de la comodidad: una habitación amplia e iluminada, al igual que una cama suave y blanda son condiciones que hacen más fácil la estadía en un servicio de salud de alta complejidad.

5.5. Tipo de comodidad descrita en la UCI según la teoría de Kolcaba

Al describir las experiencias de los pacientes en la UCIC, según los contextos, se debe tener en cuenta que no están por separado, sino que más bien se interrelacionan unas con otras, logrando, a pesar de toda la experiencia traumática, un nivel alto de comodidad llegando a representarse en los tipos de comodidad que describe la teorista Katharine Kolcaba (27).

En cuanto al *alivio*, conceptualizado por K. Kolcaba como la “satisfacción de las necesidades” (28), se observó que la mayoría de los pacientes manifiestan su alivio, pues tanto en las entrevistas como en la aplicación del cuestionario muestran su comodidad por las facilidades que les brindaron en la hospitalización al contar con el personal, equipos e instalaciones necesarias para su cuidado. En especial, manifestaron este tipo de comodidad al contar con personas pendientes de sus actividades básicas como el alimentarse, bañarse y moverse dentro de un espacio indicado, además de la atención prestada por sus familiares y amigos que también lograron suplir sus necesidades de apoyo emocional. El satisfacer estas necesidades permitió resaltar el sentimiento de querer encontrarse mejor de nuevo, según un ítem específico del cuestionario con un resultado del 100% de acuerdo, para seguir pensando en su diario vivir.

En cuanto a la *tranquilidad*, entendido por Kolcaba como “calma para lograr un desempeño adecuado” (28), los pacientes pudieron tener resultados favorecedores altos en el cuestionario GCQ, los cuales están relacionados con sus vivencias expuestas en la entrevista y con resultados mayores del 80% al referir que sus creencias los hacían sentir en paz, considerar que había personas que cuidaban de ellos, lograr sentirse confiado y empeñarse en sentirse útil en la sociedad ya sea como familiar, amigo, trabajador y demás ocupaciones.

Por último, en cuanto a la *trascendencia*, entendida por Kolcaba como la “potencialización de las capacidades de la persona”, (28) es evidenciada en la aceptación y confianza en un ser superior; en querer hacer lo mejor; en sentirse con fuerzas para salir adelante; y en lograr superar las dificultades, miedos y dolores durante la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo. Sin embargo, también surgieron sentimientos que desvalorizaron este tipo de comodidad según el cuestionario y sus vivencias, tales como el sentirse fuera de lugar, no gustarles estar en la UCI ni tampoco el atuendo que llevaban, puesto que los hacía sentir casi desnudos. En especial, hay un alto porcentaje que refleja sensación de incomodidad en la dimensión de *trascendencia* al referir estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en ítems como “me siento incómodo por no estar vestido”, “aquí me siento fuera de lugar” y “no me gusta estar aquí”.

Estos tipos de comodidad van directamente relacionados con lo arrojado en las categorías de la fase cualitativa al clasificar los factores que mejoraron y alteraron la comodidad.

Las categorías que mejoraron la comodidad están más relacionadas con los contextos psicoespiritual y lo social, que van ligadas a la parte emocional del individuo, logrando establecer que los pacientes encontraron su comodidad en la interiorización del ser. Estas categorías fueron:

- *“Tiene uno como más paz y le queda tiempo de orar o pensar las cosas mejor”.*
- *“Yo me sentía muy bien, estaba como dicen, bien acomodado, bien atendido”.*
- *“Pude entender que las cosas iban a salir mejor, iba a salir adelante”.*
- *“En la UCI se siente que Dios lo está a uno ayudando”.*
- *“El apoyo familiar me dio tranquilidad, satisfacción”.*
- *“Yo anhelaba la hora que llegaran las visitas”.*
- *“No hay como una comunicación personal”.*
- *“Digamos que el ambiente, que no hace frío, que no hace calor, que está uno tranquilo”.*

Por otro lado, las categorías que alteraron la comodidad fueron códigos en su mayoría del contexto físico y ambiental, relacionadas con un sentir tangible y desagradable de lo experimentado en la UCI, en las que se incluyen las percepciones físicas del cuerpo, de sus sentidos y percepciones de sus alrededores más susceptibles, pues son vivencias que no experimentan en su diario vivir. Por ello, al permanecer en una Unidad de Cuidado Intensivo les es más difícil aceptar los cambios inesperados o el empeoramiento de su condición de enfermedad. Estas categorías fueron:

- *“Vergonzoso para mi esa vaina de los patos”.*
- *“Me siento incómoda porque uno no lo pueda hacer, y estoy acostumbrada hacerlo”.*

- *“Maluco por no poderse mover”.*
- *“Duele mucho y no puedo ni respirar”.*
- *“Estoy lastimado, parezco Jesucristo”.*
- *“Uno en una situación de estas, uno se ve como frustrado”.*
- *“Cansado de estar acostado y de sentirse uno aquí como encerrado”.*
- *“El ruido a algunas horas de la noche, eso sí es molesto”.*

6. CONCLUSIONES

En las fases cualitativa y cuantitativa de la investigación se obtuvieron resultados que se relacionaron directamente unos con otros, por la cual al exponer las conclusiones se reunieron estos resultados de acuerdo a los contextos estipulados por la Teorista Katharine Kolcaba.

Respecto a los factores que alteraron la comodidad están relacionados con una percepción de no poder realizar alguna actividad cotidiana como moverse, comunicarse, alimentarse (ya sea por dolor e inmovilidad), el sentirse encerrado, percepción de mucho ruido o el tener que hacer sus funciones corporales ante personas desconocidas. Dentro de los factores que mejoran su comodidad, se encuentra el poder contar con el apoyo de alguien externo a la misma persona, ya sea apoyo espiritual o de otro individuo, como puede ser la familia, los amigos o el mismo personal asistencial, lo cual es de gran importancia al estar hospitalizado.

Los resultados generales del cuestionario GCQ lograron evidenciar el cubrimiento de las necesidades de comodidad en un nivel medio-alto y alto por una respuesta mínima de 131 puntos, máxima de 159 puntos con un promedio que se ubica en un estado alto de comodidad con 146,07 puntos, con desviación estándar de 7,23.

Según los contextos de la comodidad planteados por Katharine Kolcaba, en este estudio el contexto físico es el más comprometido con 5 códigos que alteran la comodidad a los pacientes de la Unidad de Cuidado Intensivo. La primera categoría se origina debido a los sentimientos de pudor o incomodidad que se generan por las ideas o preconceptos que la persona tiene sobre las funciones corporales, el tener que realizar funciones fisiológicas o actividades como el baño frente a personas desconocidas y con elementos de uso poco común como el recolector de orina o coprológico. Para el paciente esto es intimidante, frustrante y vergonzoso, aunque refieren su agradecimiento al contar con personal entrenado y consciente de su proceso de enfermedad.

La restricción física por dispositivos instalados, la administración de medicamentos y principalmente el dolor hacen que los pacientes pierdan la capacidad de realizar movimientos libremente. Esta falta de autonomía llega a originar irritabilidad y disgusto, sentimientos relacionados con el estado de enfermedad crítica por el que están pasando sin poder realizar los movimientos para suplir necesidades básicas, creándose la percepción de dependencia de otra persona para ejecutar los movimientos habituales como voltearse, sentarse, levantarse y realizar las necesidades básicas (alimentación, baño, eliminación vesical e intestinal). Estas sensaciones no siempre son bien recibidas, por lo que se produce la sensación de minusvalía o de sentirse mal atendidos al no ser resuelta su necesidad tan pronto

como hacen el llamado, lo que repercute en una impresión de desatención y olvido de sus necesidades. Por otro lado, la oportunidad de los cuidados ofrecidos también provocó sensaciones de sobreprotección al no dejarles realizar acciones básicas como su propio baño. En sí, los pacientes manifestaron no estar acostumbrados a las situaciones que estaban viviendo por ser personas activas.

Procedimientos de rutina como la venopunción, la toma de tensión arterial y el paso de sondas son los referidos por los pacientes como aquellos que más dolor generan. Este dolor se incrementa cuando falta destreza y sutileza para realizar los procedimientos, generando sentimientos de tristeza, agobio, desesperanza y síntomas como tos, cansancio físico y hasta compromiso respiratorio. El dolor fue manejado de diversas maneras en la UCI Cardiovascular, enfermería, opto por manejar la administración de medicamentos, explicando lo que se va a realizar, además de proveer y proponer cambios de posición y masajes. El desarrollo de las actividades de cuidado en la UCI se llevaban a cabo durante las 24 horas del día y algunas de estas se realizaban en horas de la noche, llegando a perturbar el sueño del paciente. Otra molestia sentida son los procedimientos que pueden ocasionar iatrogenia, lo que a los pacientes pueden generarles efectos molestos e incomodidad.

En suma, y pese a algunos elementos que causaron incomodidad, se evidenció que las necesidades de comodidad en el contexto físico fueron cubiertas de una manera apropiada según la aplicación del cuestionario GCQ, alcanzando un nivel alto en promedio.

En el contexto psicoespiritual, sobresale la poca distracción que puede haber en la UCI, ya que no hay variedad de posibilidades para realizar actividades, lo que les produce una sensación de encerramiento para algunos de los pacientes entrevistados, como para otros esta calma pudo convertirse en una oportunidad para percibir el espacio como un lugar de serenidad con tiempo para poder pensar y descansar.

Los pacientes acogieron un acompañamiento espiritual de un ser superior que los hizo sentir protegidos y conscientes de buscar en la oración una forma de fortalecimiento. Por esto, se resalta la importancia de la asistencia en el área espiritual a través de una persona idónea en el manejo de pacientes hospitalizados, para brindar así soporte a través de la comunicación, la empatía y la escucha de su situación, algo que pudieron encontrar en el HUSI.

Los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular asumieron una posición de convencimiento de seguir adelante con su proceso de rehabilitación y además entendieron la importancia de encontrarse en una unidad en la que requieren de un cuidado especial y complejo. El cuidado de enfermería integral, en ese sentido, favorece la estadía del paciente en cuidado intensivo en su

contexto psicoespiritual, mejorando su aceptación a la situación de salud en la que se encuentra y fortaleciendo la tranquilidad y seguridad de los servicios que se les presta.

El acompañamiento médico y de enfermería, con información acertada y oportuna, brindó al paciente confianza en sus medidas de tratamiento, como el sentirse bien atendido por la oportuna y convincente asistencia del personal de enfermería. La atención con la acomodación en la cama-silla, la comida, el manejo del dolor, el diálogo, los métodos de esparcimiento, el manejo de los síntomas y las necesidades fisiológicas son actividades que influenciaron la comodidad de los usuarios aparte del manejo clínico y organizacional. La asistencia holística y permanente del personal calificado al paciente y a su familia condujo a una buena respuesta fisiológica y reconocimiento del manejo asistencial y humano.

La experiencia y capacitación del personal de atención, junto con la alta tecnología y compromiso de la institución, favoreció la comodidad en la hospitalización de los pacientes en la UCI Cardiovascular. Los pacientes en estudio manifestaron que al estar enfermería en contacto directo con ellos, se sentían cómodos al estar bien atendidos, apoyados, con un manejo respetuoso, sensible y eficiente. El significado de comodidad psicoespiritual en la Unidad de Cuidado Intensivo Cardiovascular se referían al tener una oportunidad de vida, sentirse con una opción de recuperarse al estar en un lugar de alto nivel científico y asistencial, pese a lo que los aquejaba en ese momento.

En el contexto social, está la importancia del apoyo de la familia y amigos a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo. Esto los hace sentir bien, amados, y les da fuerza para seguir adelante con su recuperación. El Hospital Universitario San Ignacio, dentro de sus políticas institucionales, incentiva a sus trabajadores a brindar un servicio humano, seguro y eficiente. Por lo mismo, el personal asistencial atiende a los pacientes con un trato digno y responsable, haciéndolos sentir bienvenidos y respaldados por un trabajo en equipo, sensible y eficiente.

En el contexto ambiental, finalmente, la falta de familiaridad de los pacientes al realizar sus actividades diarias o utilizar los implementos desfavorecieron su estancia en la Unidad de Cuidado Intensivo. La comodidad que ofrece un ambiente físico en la Unidad de Cuidado Intensivo repercute en el paciente, en pro o en contra de su percepción del dolor, alivio y estado de salud.

Por su parte, el ruido de los monitores y del ambiente de la Unidad de Cuidado Intensivo incidió en el descanso y tranquilidad del paciente, tornándolo molesto e intranquilo. Así mismo, el espacio físico de la UCI favoreció la intimidad, la soledad y el recogimiento para pensar, brindando tranquilidad y paz.

En suma, el ambiente físico agradable en una situación de hospitalización y más en una Unidad de Cuidado Intensivo es un aspecto importante en la consecución de la comodidad: una habitación amplia e iluminada, al igual que una cama suave y blanda son condiciones que hacen más fácil la estadía en un servicio de salud de alta complejidad.

El Cuestionario GCQ permitió evaluar la comodidad de los pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo desde los cuatro contextos establecidos por la teorista desde lo físico, psicoespiritual, social y ambiental, logrando establecer los tres tipos de comodidad: *alivio*, *tranquilidad* y *trascendencia*. La metodología mixta planteada, desde un nivel descriptivo desarrollada por medio de una entrevista semiestructurada y aplicación del Cuestionario GCQ de K. Kolcaba, logró complementar y sustentar la información resultante desde un ámbito hospitalario específico como la Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular.

7. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

7.1. Recomendaciones

Esta investigación sugiere recomendaciones en la práctica y la investigación, en la formación y en las políticas de la institución de salud.

7.1.1. En la investigación

Se debe continuar realizando investigación descriptiva y experimental desarrollada por enfermería en el ámbito hospitalario y con otros grupos poblacionales en cuidado intensivo y otros servicios, que permita determinar niveles de comodidad en Colombia al no encontrar la suficiente información específica sobre la comodidad del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo cardiovascular. Adicionalmente, se debe continuar realizando investigaciones con el Instrumento GCQ de Katharine Kolcaba en español, con el fin de seguir evaluando la validez de este en ámbitos hospitalarios y extrahospitalarios.

7.1.2. En la formación

Se recomienda promover en estudiantes y docentes el conocimiento y uso de la teoría del confort como metodología eficaz desde sus cuatro contextos: psicoespiritual, físico, social y ambiental, con el fin de proveer sus tres tipos de comodidad: *alivio*, *tranquilidad* y *trascendencia* en la atención a pacientes y comunidades en el ámbito hospitalario y comunitario. De esta manera, se buscará beneficios tangibles para el ser humano, eje de cuidado de la Enfermería.

7.1.3. En las políticas de la institución

En busca de la comodidad del paciente, de tipo *tranquilidad*, según la teoría de K. Kolcaba, es importante tener presente la intimidad del paciente a partir de su pudor, ideas o preconceptos sobre las funciones corporales, evitando intimidar, frustrar o avergonzar al paciente. Los pacientes manifiestan que se sentirían más *tranquilos* si estuvieran mejor informados por parte del médico tratante, lo que evidencia la necesidad de tener un espacio de comunicación abierta sobre su estado de salud, riesgos y pronóstico, con el objetivo de minimizar ansiedad y estrés por desconocimiento del tema.

En la misma línea, el acompañamiento médico y la información acertada y oportuna que puedan brindar al paciente favorece la confianza en sus medidas de tratamiento. Por ello, hacer sentir bien atendido al paciente, al igual que escucharlo,

le permitirá hacerlo partícipe en su recuperación con un trato más personalizado y humano.

De igual forma, se debe tener en cuenta que hay vulnerabilidad y sensibilización en los pacientes hospitalizados en la UCI al tener la dificultad para poder expresar lo que sienten, por los dispositivos y situación en que se encuentran, como también la dificultad de poder ser escuchados al no haber un dispositivo especial de llamado. Por ello, es primordial tener un método efectivo de llamado de los pacientes para el reconocimiento de las necesidades de estos por parte del personal asistencial.

7.2. Limitaciones

Las condiciones y evolución de algunos de los pacientes provocó que rotaran de forma rápida en el servicio, el giro cama disminuyó durante el mes de diciembre de 2015 y enero de 2016, por lo que su salida de la unidad y en algunas ocasiones su salida del hospital hizo que no se completaran los procesos de la entrevista y de la aplicación del cuestionario, lo que a la postre llevó en algunos casos a falta de información, por lo que no se pudieron incluir en la investigación por los criterios de inclusión establecidos.

Teniendo en cuenta la metodología desarrollada en el presente estudio, no es posible realizar generalizaciones, por lo que los resultados aplican únicamente al escenario de estudio.

Específicamente en los métodos mixtos, una de las limitaciones es el uso de la triangulación, pues en este proceso, se pueden enfrentar los datos, en el grado en que las conclusiones se refuerzan mutuamente o entran en conflicto. (79) Para este estudio se encontraron que la mayoría de resultados se reforzaron mutuamente.

8. ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO GENERAL SOBRE LA COMODIDAD					
Katharine Y. Kolcaba					
Edad:		Sexo:		Días de Hospitalización:	
A continuación encontrará afirmaciones que intentan describir tu nivel de confort en este momento. Cada ítem cuenta con cuatro alternativas de respuesta; por favor, marque con una X, la alternativa que considere que describe mejor como se siente usted ahora. Conteste a todas las preguntas, gracias.					
		Totalmente de acuerdo			Totalmente de desacuerdo
1	Mi cuerpo está relajado	4	3	2	1
2	Me siento útil porque me empeño en ello	4	3	2	1
3	Tengo suficiente intimidad	4	3	2	1
4	Cuando necesito ayuda, cuento con personas que me la dan	4	3	2	1
5	No quiero hacer ejercicio	4	3	2	1
6	Mi condición actual me desmoraliza	4	3	2	1
7	Me siento confiado	4	3	2	1
8	Me siento dependiente de otros	4	3	2	1
9	Siento que mi vida vale la pena	4	3	2	1
10	El sentirme querido me da fuerzas	4	3	2	1
11	Siento que lo que me rodea es placentero	4	3	2	1
12	Los ruidos no me dejan descasar	4	3	2	1
13	Nadie me comprende	4	3	2	1
14	Me resulta difícil soportar el dolor que siento	4	3	2	1
15	Intento hacer lo mejor	4	3	2	1
16	Cuando estoy solo no me siento infeliz	4	3	2	1
17	Mi fe me ayuda a no tener miedo	4	3	2	1
18	No me gusta estar aquí	4	3	2	1
19	Estoy estreñado	4	3	2	1
20	No me siento sano	4	3	2	1
21	Esta habitación me da miedo	4	3	2	1
22	Tengo miedo al futuro	4	3	2	1
23	Hay una persona, en concreto, que me cuida	4	3	2	1
24	He experimentado cambios que me hacen sentir mal	4	3	2	1
25	Tengo apetito	4	3	2	1
26	Me gustaría ver a mi médico más a menudo	4	3	2	1
27	La temperatura de esta habitación es la adecuada	4	3	2	1
28	Me siento muy cansado	4	3	2	1

		Totalmente de acuerdo			Totalmente de desacuerdo
29	Puedo superar mi dolor 4 3 2 1	4	3	2	1
30	La atmósfera que me rodea me anima	4	3	2	1
31	Estoy contento	4	3	2	1
32	Esta cama es muy incómoda	4	3	2	1
33	Las vistas desde mi habitación son agradables	4	3	2	1
34	Mis cosas no están aquí	4	3	2	1
35	Aquí me siento fuera de lugar	4	3	2	1
36	Me siento suficientemente bien como para caminar	4	3	2	1
37	Mis amigos se acuerdan de mí, mediante cartas y llamadas telefónicas	4	3	2	1
38	Mis creencias me hacen sentirme en paz conmigo mismo	4	3	2	1
39	Necesito estar mejor informado sobre mi salud	4	3	2	1
40	Me siento fuera de control	4	3	2	1
41	Me siento incómodo por no estar vestido	4	3	2	1
42	En esta habitación hay un olor muy desagradable	4	3	2	1
43	Pese a estar aquí solo, no me siento solo	4	3	2	1
44	Me siento en paz conmigo mismo	4	3	2	1
45	Estoy deprimido	4	3	2	1
46	He encontrado un sentido a mi vida	4	3	2	1
47	Es fácil orientarse aquí	4	3	2	1
48	Necesito encontrarme bien de nuevo	4	3	2	1
					1

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERIA CON ENFASIS EN SALUD CARDIVASCULAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____ Número: _____

TITULO: COMODIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CARDIOVASCULAR

INVESTIGADOR PRINCIPAL: María Isabel Ruiz Góngora – Enfermera
Teléfono de contacto: 3002134815
Correo electrónico:

Por considerar muy importante la comodidad de las personas en la Unidad de Cuidado Intensivo, me permito invitarlo (a) a participar en este estudio cuyo objetivo es *Describir la comodidad del paciente adulto hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo cardiovascular*, mediante la aplicación de un instrumento y la realización de una entrevista. El estudio se centra en:

1. Generar un conocimiento de los aspectos de la comodidad que intervienen en la Unidad de Cuidado Intensivo, lo que servirá a las enfermeras para prestar un cuidado de mayor calidad y excelencia ajustado a las necesidades psicosociales, físicas y ambientales de las personas que allí se hospitalizan.
2. Los resultados de la investigación serán parte de la tesis de Maestría en enfermería de la Universidad Nacional de Colombia que me encuentro desarrollando y cuyos resultados estarán disponibles para que la comunidad académica los pueda consultar y utilizar para el beneficio de los pacientes hospitalizados.
3. El estudio no le provocará daño o lesión alguna, no afectara su condición de salud, no tiene costo y no le dará ningún tipo de compensación tangible pues será utilizado para generar conocimiento.

4. Toda la información recolectada será confidencial, su identidad nunca será publicada y solo será conocida por la investigadora quien la mantendrá en un lugar seguro durante un tiempo de 5 años.

Si acepta la invitación, lo que se espera de su participación en una entrevista de máximo 20 minutos, luego se hará llenar un cuestionario cuyo tiempo de respuesta es de 10 minutos aproximado. Usted puede preguntar libremente sobre cualquier aspecto en cualquier momento y puede retirarse del estudio si así lo considera.

Es decir Usted no tiene obligación de participar, puede retirarse cuando lo desee sin necesidad de dar explicaciones y sin que esto le acarree problemas o alteraciones en su atención. Esta investigación cuenta con la autorización y el apoyo de la Universidad Nacional de Colombia su comité de ética y el Hospital Universitario San Ignacio.

Si tiene alguna inquietud se puede comunicar con el Tutor: Luz Patricia Díaz H, e- mail lpdiazh@unal.edu.co teléfono 3164711641. Profesora asociada Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

El Presidente del comité de ética Universidad Nacional de Colombia, puede dar constancia de la aprobación del presente proyecto en el correo Cenextie_febog@unal.edu.co

En consideración a lo anterior, si comprendió, cree que recibió suficiente información y decide voluntariamente participar, diligencie los siguientes espacios:

Nombre: _____

Firma: _____

Investigador: _____

Testigo: _____

INVESTIGADOR: He explicado al individuo arriba representado la investigación, he aclarado sus dudas y he confirmado su comprensión para la firma de este consentimiento informado.

Firma Investigador principal: _____

Anexo 3

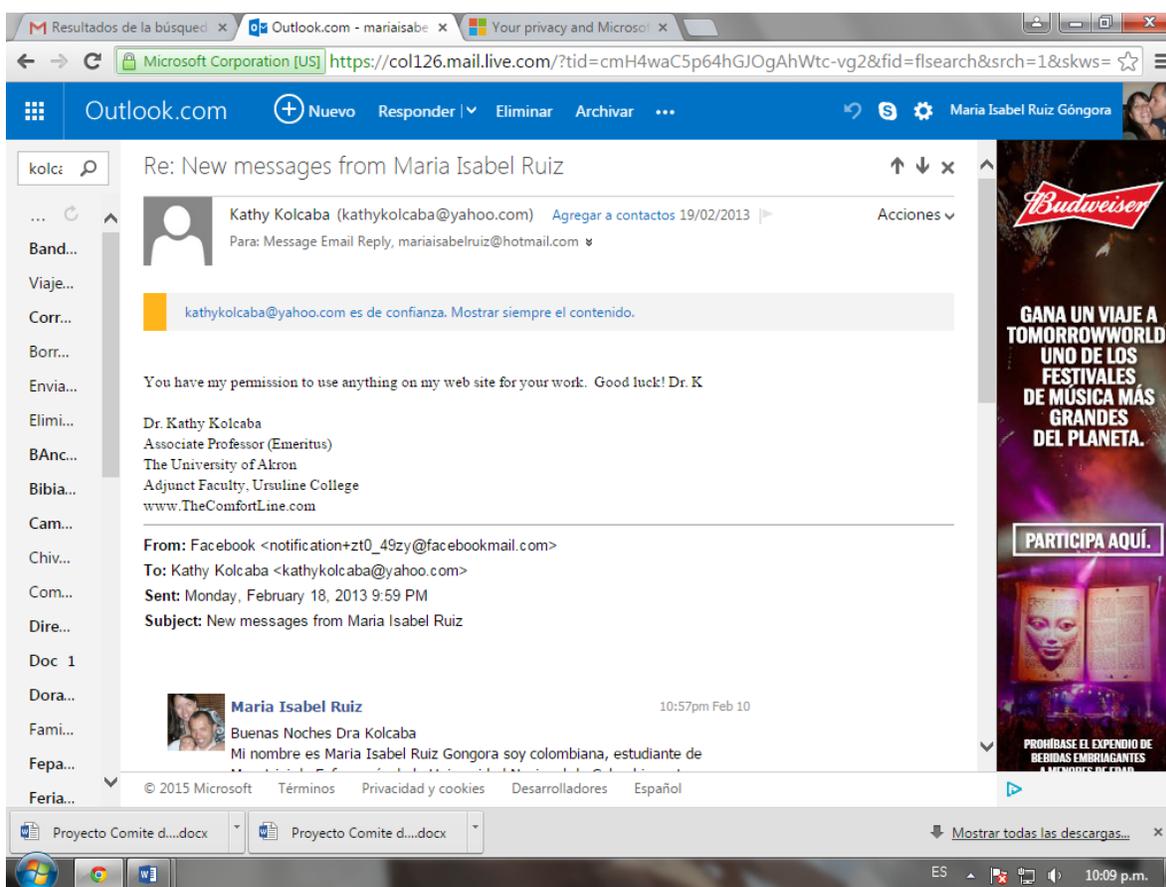
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿Qué aspectos personales o del ambiente ha sentido que intervienen en su comodidad en la Unidad de Cuidado Intensivo?
2. ¿Cuál cree usted, que sea el más importante factor que ha intervenido en su comodidad física?
3. ¿Cuál cree usted, que sea el más importante factor que ha intervenido en su comodidad emocional y espiritual?
4. ¿Cuál cree usted, que sea el más importante factor que ha intervenido en su comodidad en cuanto a comodidad social?
5. ¿Durante su estadía en la Unidad de Cuidado Intensivo ha percibido otro aspecto importante que intervenga en su comodidad, que no hubiéramos tenido en cuenta?, descríbalos
6. ¿El cuidado de enfermería ha favorecido su comodidad en la Unidad de Cuidado Intensivo? ¿De qué forma?

Anexo 4

Autorización para el uso del Instrumento de GCQ Autor: Katharine Kolcaba

El permiso de Katherine Kolcaba manifiesta la autorización de la utilización de todo el contenido de la página www.comfortline.com (23). Esta página es de dominio público y allí se encuentra el instrumento GCQ.



Anexo 5

Triangulación

A continuación se presenta la triangulación de la primera categoría como ejemplo de las seis categorías encontradas:

CUALITATIVA	CATEGORIA	CUANTITATIVA
<p>"yo soy muy pudoroso, pues me ha costado bastante poder asumir el rol de hacer del cuerpo aquí adentro, no sé, me ha costado todo eso" (C02 - L11,12)</p> <p>"estoy muy débil y del esfuerzo que uno hace ahí, sentarse en una vaina de esas, ese es más esfuerzo que cualquier otro. Inventarse otro sistema, una camilla de ruedas, no sé, es vergonzoso tanto para uno, como para las enfermeras" (C06 - L60, 62)</p> <p>"vergonzoso para mí, es esa vaina de los patos, por lo menos para mí, le cuento que se me paro el sistema digestivo con el terror de usar una vaina de esas" (E 006 - L57, 58)</p> <p>"me siento incomodo porque como nunca había estado en esta situación, les comentaba a las chicas, que me siento incómodo con el sistema del pato para las necesidades del cuerpo, que tiene que ser aquí, sé que vine a algo delicado, pero, yo les digo, que yo me siento con capacidad para ir al baño y eso es lo que me disgusta, porque ellas me dicen que aquí no hay baño para pacientes, que no hay baño y pues incluso yo se los dije a ellas, me disguste, cómo que no va haber un baño, uno se siente incómodo, como siempre ha ido al baño" (C09 - L6-11)</p> <p>"pues ya se corrigió, pero fue cuando me desvistieron para bañarme y las cortinas no se habían cerrado y yo me sentía muy, muy intimidada, porque Ud. sabe, que uno es mujer, que uno no está para mostrar su desnudez a todo el mundo y entonces yo</p>	<p>1. INCOMODIDAD Y VERGÜENZA POR NO PODERSE MOVER Y CUIDAR DE SI MISMO</p> <p>1.1 <i>Vergonzoso para mi esa vaina de los patos</i></p>	<p>En el ítem "Tengo suficiente intimidad" los pacientes encuestados refieren "En desacuerdo" 20%.</p> <p>En el ítem "He experimentado cambios que me hacen sentir mal" los pacientes encuestados refieren "De acuerdo" 42% y "Totalmente de acuerdo" con 11%.</p> <p>En el ítem "Me siento muy cansado" los pacientes encuestados refieren "De acuerdo" 47% y "Totalmente de acuerdo" con 22%.</p> <p>En el ítem "Me siento incomodo por no estar vestido" los pacientes encuestados refieren "De acuerdo" 42% y "Totalmente de acuerdo" con 22%.</p> <p>En el ítem "Mi condición actual me desmoraliza" los pacientes encuestados refieren "De acuerdo" 33% y "Totalmente de acuerdo" con 4%.</p>

le dije por favor, por favor, cierren esa cortina, porque yo no quiero que todo el mundo que pase me mire, pero fue corregido de inmediato, con mucho gusto señora y discúlpeme, me dijo: yo la entiendo, yo soy mujer. Pero todo fue muy rápido, fue algo que se percibió en milésimas de segundos y fue solventado rapidísimo" (C34 - L14,19)

Comodidad descrita en el contexto físico

La situación de incomodidad en el ámbito físico se expresa a través de la primera categoría que se refieren los pacientes de realizar sus necesidades fisiológicas en la misma habitación, les causa incomodidad y molestias, por cuestión de pudor e intimidad comprometida, como lo expresan el 20% de las personas al decir que están en desacuerdo con tener suficiente intimidad en la hospitalización en la UCI. En concordancia con la primera categoría identificada en el análisis cualitativo le experiencia fue incómoda al tener que exponerse cuando realizaban necesidades fisiológicas y cuando su cuerpo estaba expuesto.

Los cambios que experimentan las personas hospitalizadas en la UCI, desde la parte fisiológica como sentirse débil por su misma enfermedad o en lo social, sentirse avergonzado son expresiones que también se resaltaron y evidenciaron en los resultados cuantitativos a través de las respuestas del cuestionario al referir en más del 50% de las personas que experimentaron cambios que los hicieron sentir mal con 53%. Este asunto es fundamental en la medida que crea incomodidad por sentirse incapaces y dependientes de otros para realizar tareas cotidianas como bañarse o vestirse. Las personas hablan de la debilidad y el esfuerzo que se requiere al realizar una actividad básica como ir al baño en la UCI, lo que se resalta en el ítem sentirse muy cansado con 69% en total de las respuestas. Los pacientes manifiestan vulnerabilidad al sentir expuesto su cuerpo a otras personas, teniendo relación con el sentirse incómodo al estar desvestidos con 42% de los casos. Todas estas transcripciones de lo sentido por los pacientes al realizar sus necesidades básicas manifiestan su mal sentir de tener que realizarlas en un lugar no habitual para ellos, su incomodidad es visible también en sus respuestas del instrumento, donde les desmoraliza la situación por la cual están pasando con 33% "de las respuestas obtenidas.

CUALITATIVA

CATEGORIA

CUANTITATIVA

1. INCOMODIDAD Y VERGÜENZA
POR NO PODERSE MOVER Y
CUIDAR DE SI MISMO
*1.1 Vergonzoso para mi esa
vaina de los patos*

"yo me siento incómodo que me bañen, como si yo fuera un bebe, yo me siento bien con capacidad de ducharme, de enjabonarme quitarme mi ropa" (C09 - L18, 19)

"el pato me lo pasaban rápido, me bañaron y en todo me ayudaban" (C15 - L16)

"la parte del baño, de ducharse, también me bañaron, pues sí, la chica fue muy atenta, pero me sentí incómodo, ósea invadido en mi intimidad, no sé, no por la chica, si no, que, con cubetas con agua, sí,

En el ítem "Me siento dependiente de otros" los pacientes encuestados refieren "De acuerdo" 38% y "Totalmente de acuerdo" con 42%.

En el ítem "Hay una persona, en concreto, que me cuida" los pacientes encuestados refieren "De acuerdo" 7% y "Totalmente de acuerdo" con 91%.

caliente, pero no es lo que uno hace y yo entiendo que los pacientes vienen delicados o enfermos que no se pueden ni mover, pero deberían analizar las personas que tienen como capacidad" (C09 - L11, 15)

La comodidad descrita en el contexto físico

Las personas se sienten dependientes del personal de enfermería, como también, por otro lado manifiestan sobreprotección al no dejarles realizar acciones como su propio baño. Estas expresiones se relacionan con un sentir de dependencia de otras personas del 80% de los casos. Con un resultado contundente del 98% manifiesta que cuenta con una persona que los cuida, aspecto positivo pero que en algunos casos genera sentimientos de minusvalía y dependencia.

CUALITATIVA	CATEGORIA	CUANTITATIVA
<p>"El pato me lo pasaban rápido, me bañaron y en todo me ayudaban (C15 - L16)</p> <p>"todo porque ellas (las enfermeras) ósea, lo que yo necesitaba prácticamente allá todo me hacían, allá en cuidado intensivo yo no me podía parar, me bañaban en la cama, me secaban, me vestían, todo, todo, todo eso lo hace sentir bien a uno" (C27 - L45, 49)</p> <p>"Al referirse la comodidad que le brinda enfermería: "las muchachas lo atienden a uno bien, sí, lo único es que uno, no puede pararse al baño"" (C29 - L24, 26)</p> <p>"tiene uno que pedir que le ayuden a comer, que le cuchareen, que le den el almuercito y la bañada"... Me siento incomoda porque uno no lo pueda hacer, y estoy acostumbrada hacerlo y no poder" (C35 - L31, 34)</p> <p>"estoy en la cama porque como no puedo, tienen que ayudarme para apoyarme, a sentarme o a lo que sea" (C43 - L48,49)</p> <p>"Cuando me desperté, yo no me podía mover a ningún lado, y llegaron a moverme, y no tenían el cuidado suficiente, como con alguien que está totalmente molido. Entonces los dolores son tremendos y no puedo gritar, no puedo hablar, porque tenía unas mangueras, unas cosas hay, que interfieren" (C03 - L16,17,18)</p> <p>"Yo estoy acostumbrado a las actividades profesionales, por lo menos en mi caso, yo soy ingeniero civil y pues siempre estoy en actividad permanente en las obras y en el computador entonces no es muy agradable estar postrado en una cama" (C41 - L15,18)</p>	<p>1. INCOMODIDAD Y VERGÜENZA POR NO PODERSE MOVER Y CUIDAR DE SI MISMO</p> <p>1.2 <i>Me siento incomoda porque uno no lo pueda hacer, y estoy acostumbrada hacerlo</i></p>	<p>En el ítem "Me siento dependiente de otros" los pacientes encuestados refieren "De acuerdo" 38% y "Totalmente de acuerdo" con 42%.</p> <p>En el ítem "Me siento muy cansado" los pacientes encuestados refieren "De acuerdo" 47% y "Totalmente de acuerdo" con 22%.</p> <p>En el ítem "Me resulta difícil soportar el dolor que siento" los pacientes encuestados refieren "De acuerdo" 42% y "Totalmente de acuerdo" con 11%.</p>

Comodidad descrita en el contexto físico.

Por estar en un estado de enfermedad las limitaciones físicas que refieren los pacientes al comer, al moverse son limitadas, requiriendo la ayuda de otras personas para poder lograr sus actividades habituales. Además el dolor que padecen también limita sus movimientos, logrando determinar un resultado cuantitativo que soporta la categoría identificada en el que refieren sentirse cansados con 69% y ser difícil soportar el dolor con 53% en total de los resultados. Es evidente que el dolor es un aspecto central en la experiencia de incomodidad presente en los pacientes en la UCI cardiovascular, más aun cuando los pacientes han sido intervenidos quirúrgicamente.

CUALITATIVA	CATEGORIA	CUANTITATIVA
<p>"que me llevaran el pato, y como estaba con puros cables, no me podía bajar y entonces, enseguida me lo quitaron" (C11 - L 55-56)</p> <p>"físicamente me siento un poquito restringido, si, por los cables... eso que uno no puede actuar, hacer, mover las cosas, bañarse, pero no más, porque se enreda uno por todos lados" (C19 -L23,26)</p> <p>"Al referirse a su comodidad: "maluco, porque sin poderse bajar uno, ni sentarse, ni nada y solamente ahí" (C30 - L15, 18)</p> <p>"a mí me ha incomodado, por ejemplo, esas mangueras que me tienen conectadas para drenar" (C30 - L56, 57)</p> <p>"cuando iba hacer algún movimiento, yo tenía varias cosas instaladas" (C39 - L6, 7)</p> <p>"Yo estoy acostumbrado a las actividades profesionales, por lo menos en mi caso, yo soy ingeniero civil y pues siempre estoy en actividad permanente en las obras y en el computador entonces no es muy agradable estar postrado en una cama" (C41 - L15,18)</p> <p>Cuando me desperté, yo no me podía mover a ningún lado, y llegaron a moverme, y no tenían el cuidado suficiente, como con alguien que está totalmente molido. Entonces los dolores son tremendos y no puedo gritar, no puedo hablar, porque tenía unas mangueras, unas cosas hay, que interfieren" (C03 - L16, 18)</p> <p>"bueno, yo llegue a la institución muy enferma llegue, con una falla cardiaca y con una... como se llama, con agua en un pulmón, con una</p>	<p>1. INCOMODIDAD Y VERGÜENZA POR NO PODERSE MOVER Y CUIDAR DE SI MISMO</p> <p>1.3 <i>Maluco por no poderse mover</i></p>	<p>En el ítem "Me siento suficientemente bien como para caminar" los pacientes encuestados refieren "En Desacuerdo" 16% y "Totalmente en desacuerdo" con 20%.</p> <p>En el ítem "No me siento sano" los pacientes encuestados refieren "De acuerdo" 36% y "Totalmente de acuerdo" con 16%.</p> <p>En el ítem "Siento que lo que me rodea es placentero" los pacientes encuestados refieren "En Desacuerdo" 20% y "Totalmente en desacuerdo" con 4%.</p> <p>En el ítem "Mi cuerpo esta relajado" los pacientes encuestados refieren "En Desacuerdo" 11%.</p> <p>En el ítem "Mi condición actual me desmoraliza" los pacientes encuestados refieren "De acuerdo" 33% y "Totalmente de acuerdo" con 4%.</p> <p>En el ítem "No quiero hacer ejercicio" los pacientes encuestados refieren "De acuerdo" 24% y "Totalmente de acuerdo" con 4%.</p>

dificultad respiratoria no me podía mover, ni parar, ni sentar, ni acostar y pues salí con cirugía, pero me siento mejor" (C31 - L9,13).		
--	--	--

Comodidad descrita en el contexto físico.

Los pacientes manifiestan sentirse restringidos en sus movimientos por dispositivos dispuestos para monitorizarlos o tratarlos, refieren sentirse enfermos al no poder moverse, pues no están acostumbrados a estas situaciones, en su cotidianidad son personas activas que no están constantemente en una cama. Estas exclamaciones se evidencian también en las respuestas del instrumento al referir que no se sienten sanos en un 52%; la condición actual los desmoraliza con 33% de las respuestas. Negando que lo que los rodea es placentero con respuesta del 80% y mi cuerpo está relajado con 11%".

9. LISTA DE REFERENCIAS

1. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: McGraw Hill; 2014.
2. Ministerio de Salud. Indicadores básicos 2012. Situación de salud en Colombia. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2014.
3. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Ginebra; 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2008. Ginebra; 2008.
5. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Estructura de mortalidad de Bogotá. Diez primeras causas de mortalidad general según edad. Bogotá; 2009.
6. Poma J, Gálvez M, Zegarra J, Meza M, Varela L, Chávez H. Morbimortalidad de pacientes mayores de 60 años en el servicio de cuidados intensivos de un hospital general. Rev Med Hered. 2012;23:16–22.
7. Jiménez Guerra SD. Morbilidad, mortalidad y letalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente. Rev Cub Med Int Emerg. 2003;2(4).
8. Valdés Cordero I, Brown Sotolongo C, Delgado Rodríguez A, Prieto Hernández JA, Linares Soto R. Morbilidad y mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos No. 3 del Hospital General Docente «Abel Santamaría». Rev Ciencias Médicas. 2011;15(4).
9. Meléndez H, Naranjo F, Franco D, Carvajal T. Mortalidad general y atribuible a cuidado intensivo: Estudio de cohorte. Acta Colomb Cuid Intensivo. 2011;11(2):91–92.
10. Solano Ruiz MC, Siles González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. Index de Enfermería. 2005;14(51):29–33.
11. Zambrano G, et al. Entre la incertidumbre y la esperanza: Percepciones y motivaciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. Ciencia y Cuidado, mar, 2016, 7(1): 52-60, Disponible en: <<http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/493>>. Fecha de acceso: 02 feb. 2017.
12. International Council of Nurses. International Classification for Nursing Practice [Internet]. 2015 [citado el 15 de julio de 2015]. Disponible en:

<http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>

13. Del Barrio M, Lacunza MM, Armendáriz AC, Margall MA, Asiain MC. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en cuidados intensivos. Estudio fenomenológico1. *Enfermería Intensiva*. enero de 2001;12(3):135–45.
14. Proença M de O, Agnolo CMD. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm*. junio de 2011;32(2):279–86.
15. Nava Galán G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Enf Neurol*. 2010;9(2):94–104.
16. Ayllón Garrido N, Álvarez González M, González García M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. diciembre de 2007;18(4):159–67.
17. Bohórquez de Figueroa A, Ramírez Suárez AC, Polentino CV, Rodríguez EE, Medina MC, Aceros MZ. Suspiro de vida: vivencias de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sometidos a soporte ventilatorio. *Rev Cienc y Cuid*. 2011;8(1):61–9.
18. Vincent J. Communication in the ICU. *Intensive Care Med*. el 31 de octubre de 1997;23(10):1093–8.
19. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario. 2014. Disponible en: <http://dle.rae.es/>
20. Novak B, Kolcaba K, Steiner R, Dowd T. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2001;18(3):170–80.
21. Aro I, Pietilä A-M, Vehviläinen-Julkunen K. Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey. *J Clin Nurs*. julio de 2012;21(13–14):1847–58.
22. Flórez M. Comodidad del paciente hospitalizado en un servicio de Cirugía cuando se proveen medidas de comodidad que involucran a la familia [Tesis de maestría]. Universidad Nacional de Colombia; 2001.
23. Kolcaba K. The Comfort Line: FAQ [Internet]. Comfort Line. 2010. Disponible en: <http://www.thecomfortline.com/home/faq.html#top>
24. Velázquez Aznar A, Dandicourt Thomas C. Florence Nightingale. La dama de la lámpara (1820-1910). *Rev Cubana Enferm*. 2010;26(4):166–9.
25. Henderson V. The Nature of Nursing. *Am J Nurs*. agosto de 1964;64(8):62.

26. Watson J. The philosophy and science of caring. 2da ed. Colorado: Universit Press of Colorado; 1985.
27. Kolcaba K, Kolcaba R. An analysis of the concept of comfort. *J Adv Nurs.* 1991;16(11):1301–10.
28. Kolcaba K. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *ANS Adv Nurs Sci.* septiembre de 1992;15(1):1–10.
29. Carneiro Mussi F, Sumie Koizumi M, Angelo M, Souza Lima M. Pérdida de la espontaneidad de la acción: el desconforto de hombres que sufrieron infarto agudo del miocardio. *Rev Esc Enferm.* 2002;36(2):115–24.
30. Gutiérrez B, Alvariño JJ, Blanco AM, Luque Pérez M, Ramírez Pérez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Glob.* 2008;7(1):1–14
31. Godfrey B, Parten C, Buckner E. Identification of special care needs: the comparison of the cardiothoracic intensive care unit patient and nurse. *Dimens Crit Care Nurs.* 2006;25(6):275–82.
32. Kolcaba K. Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nurs Outlook.* 2001;49(2):86–92.
33. Louro TQ, Silva RCL da, Moura L da F, Machado DA. A terapia intensiva e as tecnologias como marca registrada. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* 2012;4(3):2465–82.
34. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs.* 1994;19(19):1178–84.
35. Kolcaba K. *Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health care and research.* New York: Springer; 2003.
36. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación.* 6ta ed. México: McGraw Hill; 2014.
37. Hurley A, et al. Assestement of discomfort in advanced Alzheimer patient. *Res Nurs Health.* 1992, (15): 369-377.
38. Polit D, Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud.* 6ta ed. México: McGraw-Hill; 2000: 725.
39. TOJAR J. *Investigación cualitativa, comprender y actuar.* Editorial La M uralla, Madrid, 2006, 218 -219.
40. Cáceres P. *Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica*

- alcanzable. *Psicoperspectivas Individuo y Soc.* 2003;2(1):53–82.
41. Campos CJG, Turato ER. Content analysis in studies using the clinical-qualitative method: application and perspectives. *Rev Lat Am Enfermagem.* abril de 2009;17(2):259–64.
 42. Ferrer Ferrandiz E. La medición de la comodidad en enfermeras y pacientes oncológicos. *REDUCA (Enfermería, Fisioter y Podol.* 2009;1(2).
 43. Ferrer Ferrandiz E. La medición de la comodidad en las enfermeras [Manuscrito]. *Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología;* 2011.
 44. Ferrer Ferrandiz E, Martín-Baena D. Translation and Validation of a Spanish version of the Kolcaba's General Comfort Questionnaire in Hospital Nurses. *Int J Nurs.* 2015;2(1).
 45. Poveda D. Validez y confiabilidad del Instrumento de Confort SGCQ-español de la Doctora Katherine Kolcaba para personas con enfermedad crónica. Tesis. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. 2015
 46. Pino P, Monasterio C, Cox A. Diseño de un espacio de acogida como estrategia de cuidados avanzados en enfermería en un servicio de pediatría. *Medwave.* el 1 de junio de 2013;13(5).
 47. Ferrada S, et al. Relación entre carga laboral e incidentes en una unidad de cuidados intensivos polivalente. *Rev. chil. med. intensiv,* 2005; 20(2): 87-90.
 48. del Pino Casado R, Frías Osuna A, Palomino Moral P. Metodología de la investigación. El control de sesgos en la investigación cuantitativa enfermera. *Rev los Espec en Enfermería Fam y Comunitaria.* 2011;4(1):24–34.
 49. Minayo M, et al. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. En: *Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais.* Fundação Oswaldo Cruz, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001: 29.
 50. Ministerio de Salud. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993. Colombia; 1993.
 51. Congreso de la República de Colombia. Ley 911 de 2004. 2004.
 52. Garzón N, Peña B, Arango G, et al. Recomendaciones éticas para las investigaciones en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Universidad Nacional de Colombia; 2008.
 53. Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas – Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra: CIOMS; 2002.

54. Sandelowski M. Focus on research methods combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques. *Research in nursing & health*, 2000; 23(3): 246-255.
55. Sole M, Escrischs S, Guerrero A. Características y necesidades de las personas en situación de dependencia. España: Ediciones Paraninfo; 2014. p. 284.
56. Lescaille M. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Rev Cuba Enfermer*. 2006;22(1).
57. Amorós S, Arévalo J, et al. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. diciembre de 2008;19(4):193–203.
58. Sánchez M. Secuelas en pacientes críticos de larga estancia. *Tempus Vitalis*. 2001;1:14–38.
59. Mattiasson A, Hemberg M. Intimacy--meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: what is a good moral attitude on the part of the nurse/carer? *Nurs Ethics*. noviembre de 1998;5(6):527–34.
60. Mueller X, et al. Pain location, distribution, and intensity after cardiac surgery. 2000;118(2): 391- 6.
61. Muñoz F, Salmerón J, Santiago J, et al. Complicaciones del dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor*. 2001;8:194 - 211.
62. Gómez P, Monsalve V, Soriano J, et al. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. septiembre de 2007;31(6):318–25.
63. Celis E, Birchenall C, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva*. noviembre de 2013;37(8):519–74.
64. Castanera A, Cruz V, Lobo A, et al. Percepción del dolor en pacientes postoperados de cirugía cardíaca. *Enferm Cardiol*. 2013;20(60):22–6.
65. Basco L, Fariñas S, Hidalgo M. Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Cuba Enfermer*. 2010;26(2):44–51.
66. Kox M. Tratamientos menos intensivos para los pacientes críticos. *JAMA Intern Med*. 2013;10:1–4.
67. Madjar I. Infligir y manejar el dolor: un desafío para enfermería. *Investig y Educ en Enfermería*. 2000;18(1):37–47.

68. Peplau H. Relaciones Interpersonales en Enfermería. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1990.
69. Beltrán O. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan. 2009;9(1):23–37. Disponible en: <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/167>>. Fecha de acceso: 25 sep. 2016.
70. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003 - 2004. España: Elsevier; 2003. p. 193.
71. Carpenito L. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 9a ed. México: McGraw Hill; 2002. p. 664-667.
72. Torralba F. El arte de cuidar. En: Antropología del cuidar. España: Fundación Mapfre Medicina; 1998. p. 334.
73. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. Nurs Crit Care. 9(2):72–9.
74. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. J Clin Nurs. septiembre de 2002;11(5):575–84.
75. Granero J, Muñoz F, Fernández C, et al. Mitos, creencias y temores en la cardiopatía isquémica. Tempus Vitalis. 2002;2:36–50.
76. Beltrán O. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. Investig y Educ en Enfermería. 2009;27(1):34–45.
77. Prieto L, Vélez E, Melero P, et al. Conceptualización del derecho a la intimidad del paciente hospitalizado. NURE Investig. 2005;2(16).
78. García R. Calidad del sueño en pacientes sometidos a cirugía cardíaca durante el postoperatorio agudo en una Unidad de Cuidados Intensivos [Trabajo de grado]. Universidad Pública de Navarra; 2015.
79. Poblete C. Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. Rev Chilena de Salud Pública. 2013; 17(3): 218.
80. Agama P. Empatía de enfermeras de la unidad de cuidados intensivos y satisfacción de los pacientes críticos adultos del hospital regional huacho. Repositorio digital Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrion. 2013.
81. Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

-
82. Cypress B. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and critical care nursing* 2011; 27(5): 273-280.
 83. Gonzalez M. *El proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson*. México: Universidad de Guanajuato, 2002.
 84. Linares M, et al. Atención al paciente en fase terminal: Ayudas y barreras percibidas por las Enfermeras de Cuidados Intensivos. 2007.
 85. López M, Aldave S, Varela A. *Características y necesidades de las personas en situación de dependencia*. Ediciones Paraninfo, S.A., 1ra edición, España, 2014; 208
 86. Basco L. Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010; 26(2):44-51.
 87. Gómez-Carretero P. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2007; 31-6
 88. Cerdá S, et al. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 2008; 19(4): 193-203.
 89. Lescalille M. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Rev Cubana Enfermer*. 2006; 22(1).
 90. Celis R, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgésia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva*. 2013; 37(8): 519-74.
 91. Aarón C, et al. Percepción del dolor en pacientes postoperados de cirugía cardíaca. *Enferm Cardiol*. 2013; Año XX (60): 22-26.