

DOI: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2959>

# Validación y adaptación cultural de la versión Argentina escala de cuidados paliativos a Colombia

## Validation and cultural adaptation of the argentine version scale of palliative care to Colombia

Amparo Montalvo-Prieto<sup>1</sup> , Cristina Bohórquez-Moreno<sup>2</sup> , Arleth Herrera-Lian<sup>3</sup> 

**Tipología:** Artículo de investigación científica y tecnológica.

**Para citar este artículo:** Montalvo-Prieto A, Bohórquez-Moreno C, Herrera-Lian A. Validación y adaptación cultural de la versión Argentina escala de cuidados paliativos a Colombia. Duazary. 2019 mayo; 16(2 número especial): 270 - 279. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2959>

Recibido en enero 21 de 2019

Aceptado en febrero 20 de 2019

Publicado en línea en agosto 22 de 2019

### RESUMEN

Validar y adaptar culturalmente la versión Argentina Escala de cuidados paliativos a Colombia. Estudio prospectivo de Validación de la Escala de Cuidados Paliativos (ECP), cuestionario que dispone de dos versiones, una diligenciada por el paciente o su familiar y otra por el profesional sanitario. Se realizó análisis factorial exploratorio: mediante el test de Kaiser-Meyer-Olkin y de Esfericidad de Bartlett; para la validez de contenido, se determinó el alfa de Cronbach, de alta consistencia valores  $\geq 0,75$ ; la confiabilidad por estabilidad se evaluó aplicando índice Rho de Spearman en test-retest, comparando dos aplicaciones con 4 días de diferencia. Los análisis se realizaron con el SPSS V.23. la ECP mostró buena aceptación tanto por parte de los pacientes y los profesionales de la salud, presentó un Alfa de Cronbach profesionales de salud 0,775 y 0,777 para pacientes respectivamente, el coeficiente rho de spearman fue -0,076 ( $p=0,478$ ) para la escala de los profesionales de salud, y de 0,508 ( $p=0,000$ ) para el de los pacientes. La (ECP) se convierte en una herramienta validada en Colombia para medir resultados de cuidados paliativos, lo que la hace un insumo importante para los profesionales de la salud que trabajan con pacientes crónicos.

**Palabras clave:** cuidado; cuidados paliativos; estudios de validación.

1. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo: [amontalvop1@unicartagena.edu.co](mailto:amontalvop1@unicartagena.edu.co) - <http://orcid.org/0000-0002-7925-8674>

2. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia Correo: [cbohorquezm@unicartagena.edu.co](mailto:cbohorquezm@unicartagena.edu.co) - <http://orcid.org/0000-0002-3816-6749>

3. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo: [aherreral@unicartagena.edu.co](mailto:aherreral@unicartagena.edu.co) - <http://orcid.org/0000-0001-8473-8464>

## ABSTRACT

To validate and culturally adapt the Argentine version of Palliative Care Scale to Colombia. Prospective study of validation of the Scale of Palliative Care (SPC), questionnaire that has two versions, a diligence for the patient or family and another for the health professional. Exploratory factorial analysis was carried out: by means of the Kaiser-Meyer-Olkin and Bartlett's Sphericity test, for the content validity, Cronbach's alpha was determined, values  $\geq 0.75$  were considered as high consistency; Reliability for stability is evaluated by applying the Rho spearman index in test-retest, comparing two applications with a difference of 4 days. Analyzes were performed with the SPSS V.24.SPC showed a good acceptance for both, patients and health professionals, Cronbach's Alpha coefficients was 0.775 for health professionals and 0.777 for patients respectively, the rho coefficient of spearman of -0.076 (0,478) for health professionals, and of 0.508 ( $p=0.000$ ) for the questionnaire of the patients. SPC becomes a valuable tool in Colombia to measure the results of palliative care, which makes it an important input for health professionals who work with chronic patients.

**Keywords:** Care; Palliative Care; Validation Studies.

## INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento cada vez mayor de la población y el aumento de las enfermedades no transmisibles han presentado un nuevo reto a los organismos de salud, que es la necesidad de cuidados paliativos en la población. Los cuidados paliativos (CP) constituyen una propuesta orientada a mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus familiares cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Las acciones de cuidado están orientadas a prevenir y aliviar el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y problemas de orden físico, psicosocial o espiritual<sup>1</sup>.

Los CP constituyen un campo relativamente nuevo y muchos profesionales de la salud no están familiarizados con este tipo de intervenciones<sup>2</sup>, trabajar en CP motiva a la formación y a ofrecer una asistencia integral a la unidad paciente-familia e invita a reflexionar acerca de las propias creencias, actitudes y miedos ante la muerte<sup>3,4</sup>. Sin la formación y la sensibilidad indispensable ante las necesidades del paciente, difícilmente se podrá abordar una relación empática con el paciente y con su familia enfrentado a la muerte.

La capacitación de los profesionales de la salud en el cuidado paliativo es fundamental y Codorniu et al<sup>2</sup> expresa que el reto para los

profesionales de la salud en esta área está en participar en el control de síntomas, asegurar el respeto por la autonomía y los derechos de la persona, ofrecer acompañamiento, respetar los valores y estilos de vida, atender la singularidad, perseguir el bienestar, la calidad de vida, la continuidad de los cuidados, y el trabajo en equipo, como aspectos inherentes del cuidado profesional<sup>5-7</sup>.

Los CP se brindan al paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, el apoyo de tipo social, espiritual, psicológico y familiar, para el paciente y su familiar. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal<sup>8</sup>. Éstos cuidados mejoran la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y de sus familias, permiten mitigar el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo<sup>6</sup>. Una de las dificultades con la que se enfrentan los profesionales que trabajan con pacientes crónicos es la identificación de cuáles de ellos presentan necesidades de atención paliativa. Respecto al cuidado paliativo, Sarmiento MI<sup>3</sup> expresa que el enfoque terapéutico del CP va dirigido al control de los síntomas, la disminución de los efectos adversos y la reducción de las complicaciones que provocan mayor deterioro de la calidad de vida y se aplica en cualquier tipo de patologías o edades.

Los profesionales de la salud que trabajan con pacientes crónicos presentan dificultades para identificar en ellos la necesidad de atención paliativa, ya que el objetivo fundamental de la atención paliativa es aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad crónica y un pronóstico de vida limitado. Es necesario contar con una herramienta breve y sencilla para apoyar una mejor identificación de pacientes crónicos que presentan necesidades de atención paliativa.

A nivel internacional se han elaborado diversos cuestionarios, los cuales se han diseñado con diferentes propósitos para ser utilizados en el manejo del paciente con necesidades de cuidado paliativo, pero hasta el momento el grupo investigador no ha tenido conocimiento de un instrumento que valore la calidad del cuidado paliativo en el paciente y haya sido validado en Colombia. Es por lo anterior que en el presente estudio se pretende hacer una adaptación transcultural de la versión Argentina de la Escala cuidados paliativa a Colombia

La escala Palliative Outcome Scale POS (por su denominación en inglés) permite reconocer los ‘problemas principales’ a ser respondidos por pacientes y miembros del personal. El POS cubre aspectos físicos, psicosociales y espirituales. El POS permite la recopilación de datos de pacientes a través del todo el periodo de atención, acerca de cómo mejorar la calidad de vida y la calidad de morir, apoyo familiar, satisfacción, y las percepciones de los pacientes sobre la trascendencia y significado de la vida<sup>9</sup>.

Uno de los síntomas comunes en los pacientes con enfermedad avanzada es la depresión, además de la fatiga, falta de apetito y trastorno del sueño<sup>10</sup>. La depresión es común entre los pacientes, y sin embargo su detección es difícil porque la presencia de otros síntomas somáticos, posponen la identificación de ésta. Los Pacientes con cáncer avanzado requieren cuidados paliativos en donde el énfasis no es sólo el alivio del dolor y los síntomas, sino también la detección de síntoma de depresión. Las condiciones de deterioro del paciente impiden desgastarlo con diversos instrumentos

y la escala POS permite además de la detección de su estado de deterioro de su condición física e identificación de su participación en su cuidado, identificar en los pacientes el riesgo o la presencia de depresión general<sup>10</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo de Investigación

Estudio prospectivo de Validación de la Escala de Cuidados Paliativos (ECP), que es un cuestionario que dispone de dos versiones, una autoaplicable por el paciente o su familiar y otra para que la diligencie el profesional sanitario<sup>11</sup>.

### Participantes

Participaron 94 profesionales de la salud que laboran con pacientes con enfermedades crónicas y en fase terminal y 107 pacientes en situación de estado terminal distribuidos 3 ciudades de la costa Caribe, Colombia. Para seleccionar la muestra se acogió lo propuesto por Campo<sup>12</sup> acerca de su tamaño, que puede ser entre cinco y veinte participantes por cada ítem que hace parte de la escala.

La Escala de Cuidados Paliativos (ECP) consta de 10 ítems (más una pregunta abierta) que valoran en una escala ordinal de Likert que oscila entre 0 (situación más favorable) y 4 puntos (situación menos favorable). Consta de 5 dimensiones constituidas: dolor (ítem 1), síntomas (ítem 2), bienestar (ítems 3, 6, 7 y 8), ansiedad familiar (ítem 3) y calidad del cuidado (5, 9 y 10. En la puntuación total 0 (mínimo deterioro) y 40 (deterioro máximo)<sup>11</sup>.

### Validación del cuestionario

Se utilizó la siguiente secuencia en la validación;

- 1) Verificación de equivalencia conceptual (revisión de literatura, entrevistas profesionales y pacientes)
- 2) Revisión del grupo focal: durante el primer período de 2018, se conformó un grupo focal de

siete (7) enfermeras expertas en el cuidado a pacientes con enfermedad crónica avanzada y profesionales sanitarios que laboran en áreas de cuidado paliativo de la ciudad de Cartagena, en su mayoría con título de Maestrías en Enfermería, quienes revisaron el texto desde su descripción y comprensión de cada uno de los ítems.

3) Prueba de campo: los instrumentos fueron aplicados en 2 oportunidades explorando confiabilidad de test-retest<sup>13</sup>.

Se determinó consistencia interna con alfa de Cronbach, como alta consistencia; el alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; entre 0,6 y 0,7 como nivel débil, entre 0,7 y 0,8 sería aceptable, de 0,8-0,9 bueno y si fuera superior a 0,9 sería excelente la confiabilidad por estabilidad se evaluó aplicando índice Rho de Spearman en test-retest, para cada ítem comparando dos aplicaciones con 4 días de diferencia.

Se aplicó el test de Kaiser-Meyer-Olkin (Medida de Adecuación de la Muestra KMO propuesta por Kaiser, Meyer y Olkin), esta se encarga de comparar la magnitud de los coeficientes de correlación observados con la magnitud de los coeficientes de correlación parcial. Su valor fluctúa entre 0 y 1. Se consideraron valores  $\geq 0,75$ , además se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett.

### **Procedimiento**

Una vez realizadas las modificaciones realizadas por el grupo de expertos se procedió a la aplicación de una prueba piloto con 10 Pacientes y 10 profesionales de la salud, quienes comprobaron la claridad y pertinencia de cada uno de los ítems que constituyen la escala.

Los instrumentos fueron aplicados por profesionales de enfermería previamente capacitados y estandarizados y la información se recolectó dentro de las instalaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Los datos fueron almacenados en una hoja de

cálculo de Microsoft Excel y fueron analizados en el paquete estadístico SPSS V.23.

Se estimaron correlaciones pre-post test de cada uno de los ítems y se construyó un análisis factorial del instrumento aplicados en los pacientes determinándose las dimensiones que lo constituyen.

### **Declaración sobre aspectos éticos**

Esta investigación se basó en los parámetros éticos contenidos en la Resolución 00843 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia<sup>14</sup>, en el cual se clasificó esta investigación como de riesgo mínimo para los participantes, la incorporación a la investigación, fue realizada de manera voluntaria, y después de una explicación precisa sobre los alcances y objetivos de la misma.

## **RESULTADOS**

Se incluyó a 107 pacientes en cuidados paliativos, el 54,81% de los participantes fueron de sexo femenino, el 46,7% fueron pacientes oncológicos, el 18,5% padecen enfermedad renal crónica y se encuentran en proceso de hemodiálisis, un grupo de 18,5% padecen Diabetes mellitus con afección en órganos diana. De los 94 profesionales de salud que participaron en el estudio el 75,71% de los participantes fue de sexo femenino, el 64,9% laboran en servicios de hospitalización, el 22,3% en Unidades de cuidados intensivos y un 7,4% en atención domiciliaria.

El proceso de adaptación cultural de la Escala de Cuidados Paliativos (ECP) mostró una buena aceptación tanto por parte de los pacientes y los profesionales de la salud, se presentó un Alfa de Cronbach para la escala de los profesionales de 0,775 y 0,777 para los profesionales de salud y pacientes respectivamente.

**Confiabilidad test re-test**

El tiempo entre aplicaciones de las escalas fue 3 días, el coeficiente rho de spearman fue -0,076

(p=0,478) para la escala de los profesionales de salud, y de 0,508 (p=0,00) para el cuestionario de los pacientes (Tabla 1 y 2).

**Tabla 1.** Coeficiente de correlación test–retest de la escala ECP para profesionales

|               | post1              | post2               | post3              | post4               | post5               | post6              | post7              | post8               | post9                | post10             | Total              |
|---------------|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------------------|--------------------|--------------------|
| Pretest1      | 0,025<br>(p=0,818) |                     |                    |                     |                     |                    |                    |                     |                      |                    |                    |
| Pretest2      |                    | -0,049<br>(p=0,650) |                    |                     |                     |                    |                    |                     |                      |                    |                    |
| Pretest3      |                    |                     | 0,008<br>(P=0,944) |                     |                     |                    |                    |                     |                      |                    |                    |
| Pretest4      |                    |                     |                    | -0,028<br>(P=0,794) |                     |                    |                    |                     |                      |                    |                    |
| Pretest5      |                    |                     |                    |                     | -0,005<br>(P=0,962) |                    |                    |                     |                      |                    |                    |
| Pretest6      |                    |                     |                    |                     |                     | 0,011<br>(P=0,919) |                    |                     |                      |                    |                    |
| Pretest7      |                    |                     |                    |                     |                     |                    | 0,035<br>(P=0,743) |                     |                      |                    |                    |
| Pretest8      |                    |                     |                    |                     |                     |                    |                    | 0,238*<br>(p=0,025) |                      |                    |                    |
| Pretest9      |                    |                     |                    |                     |                     |                    |                    |                     | 0-0,101<br>(P=0,348) |                    |                    |
| Pretest10     |                    |                     |                    |                     |                     |                    |                    |                     |                      | 0,002<br>(P=0,988) |                    |
| Pretest total |                    |                     |                    |                     |                     |                    |                    |                     |                      |                    | 0,076<br>(P=0,478) |

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

**Tabla 2.** Coeficiente de correlación test–retest de la escala ECP para pacientes.

|                  | postest1            | Postest2           | Postest3            | Postest4            | Postest5            | Postest6            | Postes<br>t7       | Postest8            | Postest9            | postest1<br>0       | postest<br>otal     |
|------------------|---------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Pretest1         | 0,718**<br>(p=0,00) |                    |                     |                     |                     |                     |                    |                     |                     |                     |                     |
| Pretest2         |                     | 0,673*<br>(p=0,00) |                     |                     |                     |                     |                    |                     |                     |                     |                     |
| Pretest3         |                     |                    | 0,623**<br>(p=0,00) |                     |                     |                     |                    |                     |                     |                     |                     |
| Pretest4         |                     |                    |                     | 0,707**<br>(p=0,00) |                     |                     |                    |                     |                     |                     |                     |
| Pretest5         |                     |                    |                     |                     | 0,620**<br>(p=0,00) |                     |                    |                     |                     |                     |                     |
| Pretest6         |                     |                    |                     |                     |                     | 0,535**<br>(p=0,00) |                    |                     |                     |                     |                     |
| Pretest7         |                     |                    |                     |                     |                     |                     | 0,655*<br>(p=0,00) |                     |                     |                     |                     |
| Pretest8         |                     |                    |                     |                     |                     |                     |                    | 0,659**<br>(p=0,00) |                     |                     |                     |
| Pretest9         |                     |                    |                     |                     |                     |                     |                    |                     | 0,654**<br>(p=0,00) |                     |                     |
| Pretest1<br>0    |                     |                    |                     |                     |                     |                     |                    |                     |                     | 0,683**<br>(p=0,00) |                     |
| Pretest<br>Total |                     |                    |                     |                     |                     |                     |                    |                     |                     |                     | 0,508**<br>(p=0,00) |

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Debido a que en las correlaciones test-rest del instrumento en los profesionales muchos de los ítems reportaron signos no esperados (la mayoría fueron positivos) se consideró solo reportar el análisis factorial de la aplicación del instrumento en los pacientes.

**Análisis factorial** Inicialmente se determinó la factorizabilidad de la matriz con la prueba de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin con un valor de 0,755, y la prueba de esfericidad de Bartlett (Chi-cuadrado= 2473,226; p valor=0,000) (Tabla 3).

**Tabla 3.** KMO y prueba de Bartlett.

| Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. |                                      | 0,75                      |
|--|--------------------------------------|---------------------------|
| Prueba de esfericidad de Bartlett                    | Chi-cuadrado aproximado<br>gl<br>Sig | 2473,226<br>78<br>. 0,000 |

En el análisis factorial se encontraron cuatro componentes que explican el 72.55% de la variabilidad total, lo cual se considera aceptable. El primer factor estaría formado por los ítems 3, 8, 2, 1 4 que corresponden a las variables relacionada con los sentimientos del paciente. El segundo factor corresponde a las

relaciones personales e interpersonales del paciente, incluye los ítems 9 y 6. El tercer factor corresponde a la información que aporta el profesional de salud al paciente y su familia y corresponde al ítem 5. El cuarto factor incluye los ítems 7 y 10 y corresponde a la comodidad del paciente (Tabla 4 y 5).

**Tabla 4.** Análisis factorial ECP para Paciente

| Componente | Autovalores iniciales |                  |             | Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción |                  |               |
|------------|-----------------------|------------------|-------------|--|------------------|---------------|
|            | Total                 | % de la varianza | % acumulado | Total  | % de la varianza | % acumulado   |
| 1          | 3,588                 | 35,875           | 35,875      | 3,588  | 35,875           | 35,875        |
| 2          | 1,320                 | 13,200           | 49,075      | 1,320  | 13,200           | 49,075        |
| 3          | 1,257                 | 12,569           | 61,644      | 1,257  | 12,569           | 61,644        |
| 4          | 1,091                 | 10,909           | 72,553      | 1,091  | 10,909           | <b>72,553</b> |
| 5          | ,712                  | 7,122            | 79,676      |  |                  |               |
| 6          | ,588                  | 5,881            | 85,556      |  |                  |               |
| 7          | ,510                  | 5,098            | 90,655      |  |                  |               |
| 8          | ,395                  | 3,955            | 94,610      |  |                  |               |
| 9          | ,292                  | 2,921            | 97,531      |  |                  |               |
| 10         | ,247                  | 2,469            | 100,000     |  |                  |               |

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

**Tabla 5.** Análisis factorial escala ECP Paciente- Componentes

| Ítems     | Componente   |             |             |             |
|-----------|--------------|-------------|-------------|-------------|
|           | Sentimientos | Relaciones  | Información | Bienestar   |
| <b>3</b>  | <b>,792</b>  | -,069       | -,014       | -,224       |
| <b>8</b>  | <b>,695</b>  | -,098       | -,341       | ,350        |
| <b>2</b>  | <b>,675</b>  | -,377       | ,258        | -,004       |
| <b>1</b>  | <b>,666</b>  | -,199       | ,329        | -,185       |
| <b>4</b>  | <b>,637</b>  | -,108       | -,171       | -,353       |
| <b>9</b>  | ,224         | <b>,674</b> | ,382        | ,209        |
| <b>6</b>  | ,274         | <b>,672</b> | -,445       | -,041       |
| <b>5</b>  | ,396         | ,554        | <b>,070</b> | -,399       |
| <b>10</b> | ,290         | ,147        | ,638        | <b>,497</b> |
| <b>7</b>  | ,454         | -,041       | -,466       | <b>,579</b> |

Método de extracción: Análisis de componentes principales.  
a. 4 componentes extraídos

## DISCUSIÓN

En el presente documento se describe el proceso de adaptación cultural de la versión Argentina de la escala de cuidados paliativos (ECP)<sup>9</sup>, los datos obtenidos de este proceso convierten a la escala en una herramienta validada en Colombia para medir resultados de

cuidados paliativos, lo que la hace un insumo importante para los profesionales de la salud que trabajan con pacientes crónicos, porque ayuda a la evaluación los efectos de las intervenciones realizadas a los pacientes para aliviar el sufrimiento y mejorar en lo posible la calidad de vida de los pacientes que presentan una enfermedad crónica con un pronóstico de

vida limitado y su familia<sup>15</sup>. La utilización de ECP permite identificar en los pacientes con enfermedades crónicas en estado avanzado, las necesidades que presentan de CP. La identificación de las necesidades en estos pacientes permite optimizar los recursos disponibles, modificar y brindar un cuidado oportuno acorde a las necesidades de CP que presentan<sup>16</sup>.

Los 4 factores encontrados en el análisis factorial en la versión de los pacientes representan la información sobre la manera como los pacientes perciben los resultados de los cuidados paliativos brindados por el profesional de salud.

La dimensión sentimientos comprendida por los ítems 1, 2, 3, 4 y 8 del instrumento hace referencia a lo que el paciente expresa acerca del dolor y otros síntomas físicos y psicológicos como ansiedad y angustia, aprender a identificar estos sentimientos en el paciente que se encuentra en la etapa terminal de su situación de salud es importante, porque las personas desean ser atendidos más allá del dolor físico, que pueda tener derivado de la patología, sino que además se incluyan esos aspectos emocionales que lo afectan por su condición de salud, las cuales no mejoran con los fármacos, ni con la tecnología de punta utilizada, sino que requiere de actitudes empáticas que le permitan compartir su ansiedad y temores relacionados con su situación, se quiere de apoyo, consuelo y comprensión por parte de los profesionales que lo atienden, quienes favorecerán la sensación de protección y paz interior<sup>17</sup>.

Identificar en el paciente terminal el tipo de relaciones interpersonales que sostiene, es importante porque permite conocer las necesidades que tiene y en el instrumento ECP, la dimensión relaciones se expresa en los ítems 6 y 9, los cuales hacen referencia a las relaciones del paciente con la familia y el entorno, las cuales pueden verse distorsionadas con los procesos administrativos que acarrea el proceso de la enfermedad. Es por eso que los profesionales de la salud deben establecer

relaciones efectivas con los pacientes las cuales permitan satisfacer las necesidades de cuidado. Es importante el mantenimiento de las relaciones empáticas porque a través de ellas se facilita reconocer las molestias que tenga la persona y de esta forma establecer medidas que busquen aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida en esta etapa de su situación de salud. La relación que establece el profesional de la salud y un ser humano que acude a solicitar sus servicios por presentar un problema de salud, busca aliviar o solucionar sus problemas. Teniendo en cuenta que está formado para dar asistencia al problema<sup>18</sup>.

La información que se le brinda a los familiares y pacientes en fase terminal, puede conllevar a la disminución de los sentimientos de ansiedad y angustia que tengan las personas, por el contrario si esta información no es la adecuada puede llegar a que se aumente<sup>18</sup>. Existe la costumbre que a los pacientes en ocasiones no se les brinde la información completa a cerca de su estado de salud, justificada muchas veces por decisión de la familia en ocultar su estado por la tradición de sobreprotección familiar del enfermo ante la posibilidad de la muerte<sup>19</sup>. En el presente cuestionario se evidencia a la información suministrada por el profesional de salud al paciente y a su familia como una dimensión importante en la evaluación de los resultados de los cuidados brindados.

Los pacientes que están en fase terminal tienden a presentar alteraciones en su bienestar debido a los factores emocionales, psicológicos y biológicos que lo afectan. En la dimensión correspondiente al bienestar del paciente se logran identificar en los ítems 7 y 10 del instrumento que hace referencia al valor de la vida y resolución de problemas que le impiden mantener un grado de bienestar, el cual está reflejado por la sensación de comodidad que este posee. La comodidad hace referencia a la sensación que experimentan las personas un estado de tranquilidad y bienestar, dada por la satisfacción de sus necesidades. Las intervenciones realizadas al paciente que se encuentra en esta condición deben estar



encaminadas a aumentar la comodidad del paciente, dando un giro total al enfoque del cuidado biológico y pasando a un enfoque centrado en el paciente y su familia. La comunicación que los profesionales de la salud basada en la confianza y en la que le brinde al paciente el conocimiento necesario acerca de su estado de salud es tenida en cuenta en este instrumento.

Es indispensable que el equipo de cuidados paliativos acepte los límites de la vida, porque evidencia como se enfrenta a la muerte, el instrumento utilizado evalúa la efectividad de los cuidados que se le brinda al paciente en situación terminal, a su vez se concluye que los equipos de Cuidado Paliativo deben recibir acompañamiento permanente en el manejo del duelo y en los límites de la vida.

Las correlaciones obtenidas de los re-test aplicados a los profesionales muestran que el ECP puede presentar resultados distintos en ellos en contraste a los resultados obtenidos al aplicar el instrumento a los pacientes. Lo anterior puede ocurrir como consecuencia de la subjetividad del profesional al medir la efectividad de su cuidado.

## DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses a la investigación en relación a la autoría y la publicación de este artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. [internet]. [Consultado 22 oct de 2018] <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Codorniu N, Bleda M, Alburquerque E, Guanter L, Adell J, García F. et al. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Rev. Index en Enfermería*. 2011; 20 (1).
3. Sarmiento MI. El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*. 2016; 1 (2): 23-37
4. World Health Organization. WHO definition of palliative care 2008. [Internet]. [Consultado 22 oct de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
5. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1773, "Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida". Bogotá, D.C. Gobierno Nacional; 2014. [Consultado 22 oct de 2018]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/LEY%201733%20DEL%2008%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202014.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. Nota descriptiva, Agosto 2017. [Internet]. [Consultado 22 feb de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
7. Tripodoro V, Rynkiewicz M, Llanos V, Padova S, De Lellis S, De Simone G. Atención paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas. *Medicina (B. Aires)* [Internet]. 2016 [Consultado 05 Mar 2018]; 76(3): 139-147.
8. Colombia, Congreso Nacional. Ley 1733 de 2014, Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida". Bogotá, Colombia. 2014

9. Eisenchlas JH, Harding R, Daud ML, Pérez M, De Simone GG, Higginson IJ. Use of the palliative outcome scale in Argentina: a cross-cultural adaptation and validation study. *Journal of pain and symptom management*. 2008;35(2):188-202
10. Antunes B, Murtagh F, Bausewein C, Harding R, Higginson I. Screening for depression in advanced disease: psychometric properties, sensitivity, and specificity of two items of the Palliative Care Outcome Scale (POS). *Journal of pain and symptom management*. 2012; 49(2), 277-288.
11. Hearn J, Higginson IJ, on behalf of the Palliative Care Core Audit Project. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. *Qual Health Care*. 1999; 8: 219-27.
12. Campo A, Oviedo H. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Rev. salud pública*. 2008; 10 (5):831-839
13. Lujan J, Cardona J. construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Revista archivos de medicina* ISSN 1698-9465. 2015.
14. Ministerio De Salud. Resolución 08430 de 1993 por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: el Ministerio; 1993.
15. Gómez X, Martínez M, Blay C. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med* 2014; 28: 302-11.
16. Palliative care Outcome (POS). [Internet]. [Consultado 02 oct de 2017]. Disponible en: <https://pos-pal.org/maix/background.php>.
17. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería universitaria*. 2015; 12(3):134-43.
18. Ugas AG, Montes CL. El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal. *Persona y bioética*. 2010; 14(1):48-55.
19. Juárez R, Río-Valle J, Caro M, García P, Casado J, Quintana F. Influencia de la comunicación del diagnóstico y el pronóstico en el sufrimiento del enfermo terminal. *Medicina paliativa*. 2010; 17(1):24-30.
20. Dowd T. La teoría del confort. En: Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. 8ª ed. Elsevier-Mosby; 2014: 640-653.
21. Flórez M. Comodidad del Paciente Hospitalizado en un Servicio de Cirugía. En Colombia. 2000 [Consultado 22 oct de 2018]; 42-43. En: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-42/comodidad-del-paciente-hospitalizado/#sthash.XRfl5rTL.dpuf>