



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“Confort en pacientes encamados según Teoría de Katherine Kolcaba en el Sector el Priorato 2022”

TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Autor: Sofía Ivonne Chachalo Castro

Tutora: Msc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado titulada “CONFORT EN PACIENTES ENCAMADOS SEGÚN TEORÍA DE KATHERINE KOLCABA EN EL SECTOR EL PRIORATO 2022” de autoría de SOFÍA IVONNE CHACHALO CASTRO para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de octubre de 2022.

Lo certifico



MSc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

C.C: 1001876802

DIRECTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003784756		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Chachalo Castro Sofia Ivonne		
DIRECCIÓN:	Ibarra		
EMAIL:	sichachaloc@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	-	TELÉFONO MÓVIL:	0991051290
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“Confort en pacientes encamados según Teoría de Katherine Kolcaba en el Sector El Priorato 2022”		
AUTOR (ES):	Chachalo Castro Sofia Ivonne		
FECHA:	14 de octubre del 2022		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 14 días del mes de octubre de 2022.

LA AUTORA



.....
Chachalo Castro Sofia Ivonne

C.C.: 1003784756

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 18 de octubre del 2022

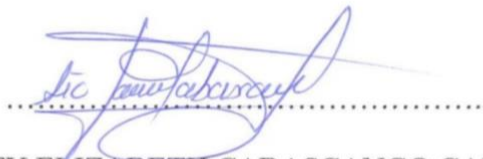
Sofia Ivonne Chachalo Castro “Confort en pacientes encamados según Teoría de Katherine Kolcaba en el Sector El Priorato 2022” TRABAJO DE GRADO. Licenciatura en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 18 de octubre del 2022

DIRECTORA: MSc. Katty Elizabeth Cabascango Cabascango

El principal objetivo de la presente investigación fue: Determinar las necesidades del confort en pacientes encamados en el Sector El Priorato según teoría de Katherine Kolcaba 2022

Entre los objetivos específicos se encuentran: ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población de estudio?; ¿Cómo identificar el tipo de discapacidad de los pacientes encamados en el Sector El Priorato?; ¿Por qué describir las necesidades físicas, psicoespirituales, ambientales y sociales que influyen en el confort de los pacientes encamados? y por último ¿Para qué proponer intervenciones fisiológicas, sociales, culturales, financieras, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas dirigidas al cuidador para procurar el confort en el paciente encamado?

Fecha: Ibarra, 18 de octubre de 2022



MSC. KATTY ELIZABETH CABASCANGO CABASCANGO

Directora



SOFÍA IVONNE CHACHALO CASTRO

Autora

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la fuerza para seguir mi camino de superación, a mis padres por apoyarme en este largo camino para poder llegar a cumplir una meta más en mi vida para ser profesional, a Eduardo por su apoyo incondicional, a mis hermanos que siempre me alentaron para seguir mi sueño y lograr cumplir esta meta, además quiero agradecer a mi docente quien con sus conocimientos me ayudo a llevar a cabo mi trabajo de investigación, de igual manera quienes fueron parte de mi proceso de formación y me ayudaron a crecer como persona.

Sofía Ivonne Chachalo Castro

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a Dios, quien me dio la salud y la vida, a mi familia quienes fueron parte fundamental en mi proceso de formación profesional, gracias al apoyo y la fuerza que me impulsaron a seguir mi meta y llegarla a cumplir sin importar los obstáculos que se presentaron durante este camino.

Sofía Ivonne Chachalo Castro

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	II
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	III
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	V
AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
ÍNDICE GENERAL	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	XI
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	XI
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
TEMA	XIV
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de Investigación.....	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del Problema	5
1.3 Justificación.....	6
1.4 Objetivos	8
1.4.1 Objetivo General.....	8
1.4.2 Objetivos Específicos	8
1.5 Preguntas de Investigación	9
CAPÍTULO II	10
2 Marco Teórico	10
2.1 Marco Referencial	10
2.1.1 El concepto del confort en enfermería, Colombia 2022	10
2.1.2 Cuidados de enfermería a pacientes con discapacidad motora. Según Katherine Kolcaba, Chimborazo 2021.....	10
2.1.3 Saber teórico y utilización de la teoría del confort en la práctica de enfermería, Chile 2019	11

2.1.4	Tipos de discapacidad en una comunidad de Caazapá, Paraguay 2019	12
2.1.5	Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario, Colombia 2018	12
2.1.6	La cuidadora de personas discapacitadas en Ecuador el caso de las beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara, Ecuador 2018.....	13
2.2	Marco Contextual	15
2.2.1	Parroquia La Dolorosa del Priorato	15
2.2.2	Centro de Salud El Priorato	16
2.3	Marco Conceptual	18
2.3.1	Teoría del Confort de Katherine Kolcaba.....	18
2.3.2	Fuentes teóricas	18
2.3.3	Conceptos Meta paradigmáticos según Kolcaba	19
2.3.4	Confort.....	20
2.3.5	Tipos de confort	20
2.3.6	Contexto en el que se produce el confort.....	21
2.3.7	Necesidades de tipos de confort.....	21
2.3.8	Discapacidad.....	24
2.3.8	Tipos de discapacidad.....	25
2.3.9	Condiciones que determinan una discapacidad	26
2.3.10	Clasificación de discapacidad según su gravedad	27
2.3.11	Programas del Ministerio de Inclusión Económica y Social	29
2.3.12	Paciente encamado.....	30
2.3.13	Cuidador	30
2.3.14	Cuidados de Enfermería	31
2.3.15	Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	32
2.3.16	Cuestionario del Confort de Kolcaba.....	33
2.4	Marco Legal y Ético	35
2.4.1	Marco Legal.....	35
2.4.2	Marco Ético	38
CAPÍTULO III.....		42
3.	Metodología de la Investigación	42
3.1	Diseño de Investigación	42

3.2	Tipo de la Investigación	42
3.3	Localización y Ubicación del Estudio	43
3.4	Población de Estudio	43
3.4.1	Muestra	43
3.4.2	Tipo de Muestreo	44
3.4.3	Criterios de Inclusión.....	44
3.4.4	Criterios de Exclusión.....	44
3.5	Métodos de Recolección de datos	45
3.5.1	Métodos	45
3.5.2	Técnica.....	45
3.6	Análisis de Datos	48
CAPÍTULO IV		49
4.	Resultados de Investigación.....	49
CAPÍTULO V		69
5.	Conclusiones y Recomendaciones.....	69
5.1	Conclusiones	69
5.2	Recomendaciones	70
BIBLIOGRAFÍA		71
Anexo 1. Encuesta.....		77
Anexo 2. Urkund.....		83
Anexo 3. Certificado de Inglés.....		84
Anexo 4. Operacionalización de variables.....		85
Anexo 5. Galería Fotográfica.....		100
Anexo 6. Guía Educativa		101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas	49
Tabla 2. Nivel socioeconómico.....	51
Tabla 3. Tipo de discapacidad y porcentaje de discapacidad.....	53
Tabla 4. Dimensión Física	54
Tabla 5. Dimensión psicoespiritual.....	57
Tabla 6. Dimensión ambiental	60
Tabla 7. Dimensión social.....	63
Tabla 8. Tipo de Confort según la Teoría de Kolcaba	66

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Ubicación de la Parroquia La Dolorosa del Priorato	15
Ilustración 2: Ubicación del Centro de Salud El Priorato	16

RESUMEN

“CONFORT EN PACIENTES ENCAMADOS SEGÚN TEORÍA DE KATHERINE KOLCABA EN EL SECTOR EL PRIORATO 2022”

Autor: Sofía Ivonne Chachalo Castro

Correo: sichachaloc@utn.edu.ec

El confort es la experiencia inmediata y holística que experimentan los pacientes, la familia y la comunidad, cuando se abordan las necesidades para el confort de alivio, tranquilidad y trascendencia en cuatro contextos que son físico, psicoespiritual, social y ambiental. **Objetivo:** Determinar las necesidades del confort en pacientes encamados, según teoría de Katherine Kolcaba. **Metodología:** estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal; muestreo no probabilístico a conveniencia, se aplicó el cuestionario S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish de Kolcaba., con fiabilidad de Cronbach 0,81%. **Resultados** mayormente predomina el sexo masculino, casados, de etnia mestiza, son católicos, no cuentan con instrucción educativa, el grupo de edad comprende a niños, adolescentes, adulto joven y mayor, los cuidadores principales son padres e hijos, un grupo significativo no cuenta con programa de apoyo social. La mayoría presentan discapacidad física con un porcentaje entre 75 y 100% según el carnet CONADIS, el rango es de muy grave hasta completa según la calificación de la discapacidad del Ministerio de Salud Pública: De acuerdo a la teoría del Confort de Kolcaba, en los pacientes con discapacidad encamados se evidenció: cuatro dimensiones e identificó tres tipos de confort; en la dimensión física, el tipo de confort que predomina es la tranquilidad, en la psicoespiritual y social prevalece la trascendencia y en la ambiental la mitad de pacientes tienen tranquilidad. **Conclusión:** Los cuidadores son indispensables en la vida de pacientes discapacitados en el domicilio y también ellos deben estar en óptimas condiciones de salud para continuar con sus cuidados diarios.

Palabras clave: Confort, Cuidador, Discapacidad, Paciente encamado

ABSTRACT

"COMFORT IN BEDRIDDEN PATIENTS ACCORDING TO KATHERINE KOLCABA'S THEORY IN EL PRIORATO 2022".

Author: Sofía Ivonne Chachalo Castro

E-mail: sichachaloc@utn.edu.ec

Comfort is the immediate and holistic experience experienced by patients, family and community, when addressing the comfort needs for relief, reassurance and transcendence in four contexts which are physical, psychospiritual, social and environmental. Objective: To determine the comfort needs of bedridden patients, according to Katherine Kolcaba's theory. Methodology: quantitative, descriptive, cross-sectional study; non-probabilistic convenience sampling, Kolcaba's S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish was applied, with Cronbach's reliability 0.81%. The results were mainly male, married, mestizo ethnicity, Catholics, no education, the age group included children, adolescents, young adults and elderly, the main caregivers were parents and children, a significant group did not have a social support program. The majority have physical disability with a percentage between 75 and 100% according to the CONADIS card, the range is from very severe to complete according to the qualification of disability of the Ministry of Public Health: According to Kolcaba's theory of comfort, in bedridden patients with disabilities, four dimensions were found and three types of comfort were identified; in the physical dimension, the predominant type of comfort is tranquility, in the psycho-spiritual and social dimension, transcendence prevails and in the environmental dimension, half of the patients have tranquility. Conclusion: Caregivers are indispensable in the life of disabled patients at home and they should also be in optimal health conditions to continue with their daily care.

Key words: Comfort, Caregiver, Disability, Bedridden patient.

TEMA

**“CONFORT EN PACIENTES ENCAMADOS SEGÚN TEORÍA DE KATHERINE
KOLCABA EN EL SECTOR EL PRIORATO 2022”**

CAPÍTULO I

1. Problema de Investigación

1.1 Planteamiento del Problema

(Kolcaba, 1991, 2003) define a la comodidad como experiencia inmediata de sentirse fortalecido cuando las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia se abordan en los contextos de experiencia física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental que provienen de una revisión adicional de la literatura sobre el holismo en enfermería, permitiendo diseñar intervenciones reconfortantes que pueden agruparse en una sola interacción con el paciente, creando así medidas de comodidad holística para la documentación en la práctica y la investigación. (1)

Por consiguiente, en esta disciplina, El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) define: “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”. (2)

Por lo tanto, los cuidados domiciliarios deben ser potenciados en grupos prioritarios, ya que previenen las consecuencias nefastas de las hospitalizaciones tradicionales y, en contraparte, fortalecen el autocuidado en salud. Por lo tanto, reducen las hospitalizaciones y los gastos económicos para la familia y las instituciones hospitalarias, aumenta la disponibilidad de camas y acorta los periodos de internación en hospitales. Para pacientes adultos mayores se destaca que la atención se efectúa en un mejor lugar terapéutico, mantiene al paciente en su entorno familiar, otorga una

atención más humanizada y disminuye los riesgos y la iatrogenia inherentes a la hospitalización convencional, como infecciones asociadas a la atención en salud, síndrome confusional agudo, dependencia funcional e incluso depresión. (3)

Igualmente, en Madrid indican que las personas de 65 y más años, aparentemente sanas o con limitaciones físicas, que viven en sus domicilios de forma autónoma, personas en situación de fragilidad que tienen problemas de salud complejos, tanto agudos como crónicos, ancianos que presentan incapacidad en el autocuidado, o que poseen una escasa red de apoyo social y no están institucionalizadas, constituye un riesgo nutricional debido a la disminución de la ingestión de alimentos y por los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que influyen en el envejecimiento. (4)

En Estados Unidos en un estudio realizado señalan a la comodidad como un indicador de valor agregado porque representa lo que los pacientes y las familias quieren y necesitan durante sus experiencias de atención médica. La comodidad es también lo que los miembros del equipo quieren brindar a los pacientes y sus familias, porque este tipo de atención holística mejora la satisfacción y la moral del equipo. El confort describe la importante y compleja misión de los profesionales de la salud al cuidado para la población de veteranos, a su vez, facilita un enfoque holístico para ayudar a los veteranos y sus familias a adaptarse a una nueva normalidad en la vida civil. (5)

En Cuba, los problemas comunes en el cuidado informal dirigidos a niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores encamados están dados fundamentalmente por pérdidas de la intimidad y en su vida social, problemas de cooperación entre cuidadores pacientes, cuidadores con angustia, ansiedad, depresión, falta de ayuda, así como sobrecarga e incompreensión de los demás. Estos pacientes requieren cuidados crónicos destinados a controlar su comportamiento, garantizar su higiene, alimentación, eliminación y descanso. Habitualmente, los familiares o personas que los cuidan no están preparados para esta prolongada y compleja función, adoptan posturas negligentes y en ocasiones, agresivas y violentas. (6)

En Colombia se realizó un estudio con el fin de reconocer el saber y la praxis de la profesión de enfermería que está inmersa en nuevos ámbitos laborales, en los diferentes contextos; se puede afirmar que el rol está relacionado con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, en entornos sanos y patológicos. Por lo tanto, los resultados de esta revisión confirman que el rol de los profesionales de enfermería, contribuyen al mejoramiento en la calidad de vida, la promoción de la salud y la disminución de las enfermedades, para la persona, su familia y la comunidad. (7)

Del mismo modo en Colombia afirman que el aumento de las enfermedades crónicas ubica a los cuidadores informales en el domicilio, asumiendo múltiples responsabilidades, en la vida del cuidador confluyen factores internos y externos que pueden generar déficit de su autocuidado y afectar de diversas formas su vida, salud y bienestar. Este estudio concluyó que los factores condicionantes básicos en la vida del cuidador en el domicilio, permite establecer estrategias de acompañamiento por parte de profesionales y estudiantes de enfermería para fortalecer habilidades de autocuidado en los cuidadores y promover la calidad de vida de la persona cuidada. (8)

De igual manera en Chile, se desarrolló un estudio en usuarios adultos mayores pertenecientes a un Centro de Salud en cuidados domiciliarios, con el fin de mejorar su bienestar psicoespiritual que se desprenden de los lineamientos de la teoría de la Comodidad, de esta forma se determinó que los adultos mayores sometidos a una intervención planificada de enfermería mejoraron su nivel de Comodidad en especial en el área Psicoemocional, demostrando que el uso de la teoría de rango medio de Kolcaba es útil como sustento teórico para este tipo de intervención, ya que previenen las consecuencias nefastas de las hospitalizaciones tradicionales y potencian el autocuidado en salud. (9)

En Ecuador en un estudio sobre la importancia de la evaluación clínica en la discapacidad mencionan que, en la mayoría de los casos, las personas que la vivencian presentan limitaciones físicas o sensoriales permanentes, poseen discapacidad

intelectual grave, poseen una dependencia generalizada de su grupo familiar o de un cuidador principal. (10) Por esta razón es necesario realizar valoraciones individualizadas e integrales que permitan obtener una mayor información acerca de la salud del paciente, para buscar planes de cuidados de enfermería oportunos.

Paillacho 2020, concluyó que la teoría de Katherine Kolcaba define al confort como todo aquello que produce comodidad y genera bienestar en pacientes encamados, en adultos mayores por considerarse un grupo de alto riesgo con la aparición de múltiples complicaciones como el estreñimiento, pérdida de la masa y tono muscular, deterioro del movimiento, rigidez muscular, úlceras por presión; así como la pérdida de su autonomía que en ocasiones conlleva al apareamiento de trastornos psicológicos y depresivos. (11)

En vista de que no se encontró evidencia científica local del cuidado al paciente con discapacidad encamado, específicamente en el entorno comunitario, el objetivo de este estudio es conocer las necesidades del confort en pacientes que se encuentran con discapacidad encamados en su domicilio y que son valorados por el personal de Enfermería del Centro de Salud El Priorato, con los resultados obtenidos en esta investigación se propone estrategias educativas enfocadas al confort domiciliario dirigidos al cuidador, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes, y así aportar activamente en la atención del paciente con discapacidad, su familia y la comunidad.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuáles son las necesidades del confort en los pacientes encamados en el domicilio, en el Sector El Priorato 2022?

1.3 Justificación

La teoría del confort tiene gran importancia dentro de la práctica de enfermería ya que las enfermeras tienen la responsabilidad de elaborar planes de cuidados de enfermería estandarizados dirigidos al paciente encamado en su domicilio, tomando en cuenta los problemas, necesidades y respuestas humanas priorizándolos para realizar intervenciones específicas para cada caso y llegar a satisfacer sus necesidades de comodidad dirigidas al sueño, descanso, eliminación e higiene, enfocadas a distintas dimensiones como son físico, psicoespiritual, ambiental y social.

Contribuyó socialmente con el Plan Creación de Oportunidades 2021-2025 enfocado al Objetivo 5 del Eje 1 denominado “Proteger a las familias, garantizar sus derechos y servicios, erradicar la pobreza y promover la inclusión social” que promueve el ejercicio de derechos y la erradicación de la pobreza con énfasis en las personas y grupos de atención prioritaria. El Objetivo 6 del Eje 1 “Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad” que ayuda a mejorar las condiciones de salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGTBI y todos aquellos en situación de vulnerabilidad. (12)

Por otro lado, en el cuidado de enfermería se destaca Kolcaba quién define el Confort como “la experiencia inmediata de sentirse fortalecido al satisfacer las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental). El confort es mucho más que la ausencia de dolor o de comodidad física”.(13), por consiguiente esta teoría apoya el cuidado intradomiciliario. Asimismo, el modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. (14)

Los beneficiarios directos de este trabajo investigativo son los pacientes y los cuidadores, quienes se encargan de brindar los cuidados domiciliarios necesarios día a día para así mantener un ambiente de comodidad y seguridad dentro del hogar tomando en cuenta las actividades a realizarse con el fin de mantener la salud. Los beneficiarios indirectos son el personal de Enfermería del Centro de Salud El Priorato que se encargan de cuidar y realizar seguimiento junto al equipo de visita domiciliaria.

Esta investigación se desarrolló en el área comunitaria con alta factibilidad y viabilidad por que contó con los recursos humanos, financieros y materiales para ejecutarlo en un tiempo determinado. De igual manera hubo el apoyo del personal del Centro de Salud El Prioritario para lograr contactar a los usuarios, quienes con buena predisposición brindaron datos requeridos y con los resultados obtenidos se elaboró una guía educativa con estrategias dirigida a los cuidadores sobre las necesidades básicas de los pacientes con discapacidad encamados y recomendaciones para el bienestar del cuidador.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar las necesidades del confort en pacientes encamados en el Sector El Priorato según teoría de Katherine Kolcaba 2022

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio.
- Identificar el tipo de discapacidad de los pacientes encamados en el Sector El Priorato
- Describir las necesidades físicas, psicoespirituales, ambientales y sociales que influyen en el confort de los pacientes encamados a través del cuidador con el instrumento S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish.
- Proponer una guía educativa con estrategias dirigidas a los cuidadores sobre las necesidades básicas del paciente con discapacidad encamados y recomendaciones para el bienestar del cuidador.

1.5 Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población de estudio?
- ¿Cómo identificar el tipo de discapacidad de los pacientes encamados en el Sector El Priorato?
- ¿Para qué describir las necesidades físicas, psicoespirituales, ambientales y sociales que influyen en el confort de los pacientes encamados?
- ¿Por qué proponer una guía educativa con estrategias dirigidas a los cuidadores sobre las necesidades básicas del paciente con discapacidad encamados y recomendaciones para el bienestar del cuidador?

CAPÍTULO II

2 Marco Teórico

2.1 Marco Referencial

2.1.1 El concepto del confort en enfermería, Colombia 2022

Este estudio tuvo como objetivo identificar los atributos del concepto confort entendido por enfermería en los diferentes escenarios de cuidado. Como método se utilizó una revisión integrativa, con estrategia de búsqueda: “Confort” AND “Nursing”, en diferentes bases de datos. Se realizó el diagrama prisma para el análisis crítico de diseños experimentales, revisiones y cualitativos, de igual manera se aplicaron listas de chequeo del Joanna Briggs Institute, quedaron incluidos 16 artículos. (15)

Donde se concluye que, el confort está ligado a temas que enmarcan la realidad física, social, psíquica y ambiental de la persona, determinado por los atributos: como el alivio físico del dolor mediante intervenciones farmacológicas y de elementos externos en contacto con el cuerpo, soporte social con cercanía de los familiares, lo que facilita las relaciones con el personal sanitario de acompañamiento y acceso a información sobre la condición del paciente, ambiente adaptado para favorecer la recuperación y alivio, descanso que incluye reposo y sueño, generando alivio; y salud mental con alivio de ansiedad, estrés y adecuada recuperación mental. (15)

2.1.2 Cuidados de enfermería a pacientes con discapacidad motora. Según Katherine Kolcaba, Chimborazo 2021

En esta investigación el objetivo fue determinar las acciones de enfermería en pacientes con discapacidad motora mediante la priorización de cuidados individualizados, con la finalidad de que los profesionales de salud brinden una

atención de calidad y calidez a pacientes que sufren este tipo de patología en los distintos establecimientos, beneficiando al usuario y a su familia. (16)

La discapacidad constituye un problema de salud, causando deficiencias físicas, mentales, intelectuales, sensoriales, que se presentan con la alteración en las actividades diarias, dependiendo de terceras personas para su cuidado. Se realizó esta investigación bibliográfica mediante la recopilación de información en documentos científicos nacionales e internacionales. En conclusión, los principales cuidados de enfermería dirigidos a pacientes con discapacidad motora se relacionan con la satisfacción de necesidades de confort, atención del dolor, cambios de posición, cuidados de la piel y administración de medicamentos. (16)

2.1.3 Saber teórico y utilización de la teoría del confort en la práctica de enfermería, Chile 2019

El objetivo de este estudio fue identificar el conocimiento sobre teorías generales de Enfermería y teorías de rango medio. Como metodología se elaboró un proyecto piloto de intervención en gestión educativa. En los resultados participaron 11 enfermeros/as. El conocimiento previo a la intervención fue escaso sobre grandes teorías y nulo sobre TRM. Definieron las teorías de Enfermería como base del quehacer profesional, pero sólo 4 de los 11 profesionales reconocieron utilizarlas diariamente. (13)

Luego de la intervención educativa, identificaron ejemplos de aplicación para la teoría de Kolcaba; confort físico: valoración y manejo del dolor; confort psicoespiritual: comunicación directa con el paciente, explicando procesos a enfrentar; confort sociocultural: informar a la familia; confort ambiental: disminución de la intensidad de las luces, ruidos y/o conversaciones. Se recomiendan realizar intervenciones para reforzar el conocimiento disciplinar de Enfermería e incentivar la formación de grupos de trabajo entre enfermeros/as clínicos y académicos para realizar investigación, buscando disminuir la brecha existente entre el conocimiento teórico y práctico. (13)

2.1.4 Tipos de discapacidad en una comunidad de Caazapá, Paraguay 2019

La discapacidad no es una enfermedad, es una condición, comprende las barreras físicas y actitudinales que impiden la participación plena y efectiva en igualdad de condiciones con los demás. El objetivo de esta investigación fue determinar los tipos, grados y etiología de la discapacidad. Se utilizó como metodología un estudio descriptivo, observacional, de corte trasversal donde se estudiaron a 68 adultos con discapacidad, de la comunidad de San Juan Nepomuceno, Departamento de Caazapá. (17)

Como resultados se registraron el 54% de discapacidad motora, 12% de discapacidad sensorial y, 21% de multidiscapacidad. Según el grado de dependencia, el 32% son independientes, el 32% dependencia moderada y el 24% dependencia grave. El origen de la discapacidad, por enfermedad 47%, de nacimiento 46% y por accidentes 7%. En conclusión, el estudio predomina la discapacidad motora, seguida de la multidiscapacidad, la condición de pobreza vincula el grado de discapacidad, observándose una mayor proporción de dependencia física. El origen que prevalece es la adquirida, muy cercana al de origen congénita y, un tercio de las personas no tienen escolaridad, exacerbando su condición de vulnerabilidad. (17)

2.1.5 Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario, Colombia 2018

El objetivo del estudio fue evaluar la implementación de una intervención de enfermería en el bienestar del cuidador de personas con necesidad de cuidado domiciliario en instituciones de Boyacá, Colombia. Se realizó un estudio cuasi experimental con preprueba y posprueba, en un grupo de 72 cuidadores, realizando tres sesiones educativas basadas en la Teoría de los Cuidados de Swanson. (18)

Se utilizó el instrumento de clasificación de resultados de enfermería: salud emocional del cuidador principal, factores estresantes del cuidador familiar, salud espiritual, rendimiento del cuidador principal, preparación del cuidador principal domiciliario, posible resistencia del cuidador familiar y ejecución del rol. Como conclusión las intervenciones de enfermería estructuradas en teoría evidencian logros en los cuidados para el bienestar de personas en condiciones especiales; es necesario establecer estrategias institucionales enfocadas al cuidado de enfermería humanizado con sustento disciplinar. (18)

2.1.6 La cuidadora de personas discapacitadas en Ecuador el caso de las beneficiarias del bono Joaquín Gallegos Lara, Ecuador 2018

En el presente trabajo se realizó una aproximación a la situación actual de la cuidadora, mediante la revisión del marco legal en que se implica, la identificación con sus funciones, el análisis contextual y las capacidades necesarias para desarrollarse. Para ello se efectuó una investigación exploratoria-descriptiva desde la ejecución de entrevistas a profundidad, revisión bibliográfica y análisis documental, que nos permite identificar las tendencias y perspectivas del rol de ochenta y seis cuidadoras entrevistadas en el último trimestre del 2016. (19)

La tarea de cuidado entregada a personas que por su condición social familiar pese a la importancia que implica ser cuidadora de salud, otorga responsabilidades y tareas altamente sensibles, el trabajo cae en la figura de la denominada informalidad, al no ser vista como una actividad que demanda preparación, atención psicológica y capacitación. Una aproximación a la tarea de las cuidadoras conduce a varias reflexiones, acerca de la capacitación que deberían recibir, la asistencia médica y psicológica a su labor, y las tendencias patriarcales en la asignación de estas funciones. (19)

De los artículos anteriormente descritos proporcionan información científica relevante sobre los cuidados y seguimiento que brinda el personal de enfermería a los pacientes con discapacidad en su domicilio, de igual manera los cuidadores directos que

contribuyen a mejorar la calidad de vida de los mismos, en su mayoría utilizaron una metodología de corte transversal, descriptivo, observacional, con un enfoque cuantitativo, los cuales se han planteado como objetivos determinar los tipos de discapacidad y cuáles son las necesidades de un paciente encamado en su domiciliario para llegar a cubrir sus necesidades tanto física, psicoespiritual, ambiental y social, mediante la implementación de planes de cuidado.

Las conclusiones más relevantes entre los resultados obtenidos fueron que el confort está ligado a la realidad física, social, psíquica y ambiental de la persona, de igual manera es importante realizar capacitaciones dirigidas al personal de enfermería y cuidadores, enfocadas a las necesidades de las personas en condiciones especiales, para lograr un completo bienestar y mejora del confort.

2.2 Marco Contextual

2.2.1 Parroquia La Dolorosa del Priorato

- **Ubicación georreferencial de la Parroquia La Dolorosa del Priorato**

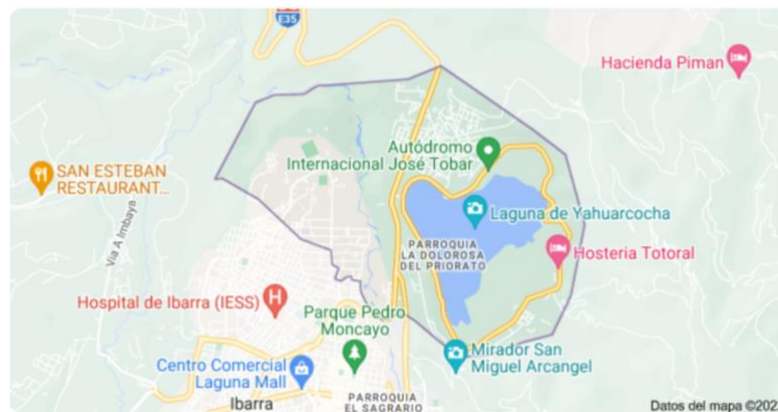


Ilustración 1 Ubicación de la Parroquia La Dolorosa del Priorato

Fuente: Google Maps

- **Historia**

La Parroquia El Priorato se encuentra ubicada al noroeste de la ciudad de Ibarra a una distancia de 3 kilómetros. Está asentada alrededor de la laguna de Yahuarcocha rodeada de un accidente geográfico natural de elevaciones como Yuracruz, El Churo, El Pilar, El mirador y Pucara, caracterizándole como un lugar cálido seco andino, elemento que ha favorecido al crecimiento demográfico habitacional importante en los últimos 8 años.

La Dolorosa de Priorato, cuenta con 12 barrios con una densidad de 1.238,02 hab/km² y un número máximo de población por barrio de 4.839 habitantes. Esto incide que el flujo migratorio sea con mayor frecuencia debido a la escasez de fuentes de empleo, provocando diferentes problemas de carácter social, cultural, educativo y de producción.

- **Barrios**
 - Cuatro esquinas
 - Flor del Valle
 - La Delicia
 - La Floresta
 - Mirador de la Aduana
 - Puruhanta
 - Santa Rosa
 - Panecillo
 - Sagrado Corazón
 - San José
 - Santa Marianita
 - Socapamba

2.2.2 Centro de Salud El Priorato

- **Ubicación georreferencial del Centro de Salud El Priorato**

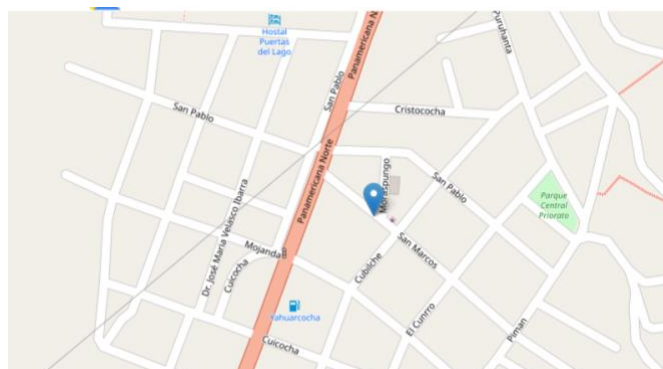


Ilustración 2: Ubicación del Centro de Salud El Priorato

Fuente: Google Maps

El Centro de Salud Priorato es una Unidad de Primer Nivel, Tipo A, está ubicado en la calle San Marcos y Cubilche, en la parroquia La Dolorosa del Priorato en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura, con una población de 12.342 habitantes, cuenta con dos médicos generales, un médico familiar, una obstetra, dos enfermeras, un odontólogo que brindan atención de calidad y calidez.

- **Misión**

Brindar atención, calidad, calidez, eficiencia, equidad y solidaridad por parte de todo el personal del Subcentro de Salud de El Priorato, mediante acciones de prevención fomentando la recuperación y rehabilitación de salud de los habitantes del área de influencia con instituciones del sector y participación comunitaria.

- **Visión**

Ser una unidad destacada en Imbabura que brinde atención primaria a personas de todas las edades organizada, equipada con material y personal actualizado para satisfacer en su mayoría las necesidades de los pacientes, familias y comunidad.

- **Áreas de servicio**

- Medicina familia
- Obstetricia
- Odontología
- Vacunación
- Curaciones

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 Teoría del Confort de Katherine Kolcaba

Katherine Kolcaba nació y recibió su educación en Cleveland (Ohio). En 1965 se diplomó en enfermería y trabajó a tiempo parcial durante algunos años en enfermería médico-quirúrgica, cuidados de larga duración y cuidado domiciliario antes de volver a estudiar. En 1987 obtuvo la primera licenciatura superior que se realizaba en enfermería en la escuela de enfermería Frances Payne Bolton, de la Case Western Reserve University (CWRU), con una especialidad en gerontología. Mientras estudiaba compartió el cargo de enfermera jefe de una unidad de demencia. Fue en el contexto de esta experiencia donde empezó a teorizar acerca de la comodidad o confort. (20)

2.3.2 Fuentes teóricas

Kolcaba inició su trabajo teórico elaborando un diagrama de la práctica enfermera para sus estudios de doctorado. Cuando presentó su marco para el cuidado de la demencia (Kolcaba, 1992b), una persona del público preguntó: «¿Ha analizado el concepto de comodidad?» Kolcaba respondió que no, pero que sería su siguiente paso. Esa pregunta fue el principio de su larga investigación del concepto de confort.

El primer paso, el prometido análisis del concepto, empezó con una amplia revisión de la bibliografía existente sobre la comodidad en enfermería, medicina, psicología, psiquiatría y ergonomía, y del uso que se hace de esta palabra en inglés (especialmente, el uso que le dan Shakespeare y el Oxford English Dictionary [OED]). Del OED, Kolcaba aprendió que la definición original de comodidad era «reconfortar enormemente». Esta definición ofrecía una maravillosa justificación para que las enfermeras conforten a los pacientes, porque los pacientes estarían mejor y las enfermeras se sentirían más satisfechas. (20)

Los relatos históricos de la comodidad en enfermería son numerosos. Por ejemplo, Nightingale (1859) declaró: «Nunca debemos olvidarnos del objetivo de la

observación. La observación no sirve para recopilar datos diversos y hechos curiosos, sino para salvar vidas y promover la salud y la comodidad».(20)

Harmer (1926) afirmó que el cuidado enfermero consistía en proporcionar un «ambiente general de comodidad» y que el cuidado personal de los pacientes incluía prestar atención a «la felicidad, la comodidad y la tranquilidad tanto físicas como mentales», además del «descanso y el sueño, la nutrición, la higiene y la eliminación». (20)

Para sintetizar y elaborar los tipos de confort del análisis conceptual de Kolcaba, se utilizaron las obras de tres de las primeras teóricas enfermeras:

- El alivio se elaboró a partir del trabajo de Orlando (1961) quien afirmaba que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes.
- Para la tranquilidad, se utilizó el trabajo de Henderson (1966), que describía las trece funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse en la homeóstasis.
- La trascendencia se redactó a partir de la obra de Paterson y Zderad (1975), quienes creían que podían superar las dificultades con la ayuda de las enfermeras (21)

2.3.3 Conceptos Meta paradigmáticos según Kolcaba

Enfermería

La enfermera cumple un papel fundamental que incluye la valoración, el diseño de intervenciones en el ámbito de la comodidad para posteriormente ponerlas en práctica con la finalidad de satisfacer las necesidades del confort del paciente.

Paciente

Los receptores del cuidado deben ser los individuos, familias, comunidades e instituciones que necesiten de cuidados en su salud, mejorando las condiciones de estos grupos.

Entorno

Es cualquier aspecto del paciente, la familia o las instituciones que la enfermera, los familiares o la comunidad pueden manipular para mejorar el confort y el bienestar del paciente.

Salud

Es el funcionamiento óptimo del paciente, familia, conjuntamente con el profesional de la salud o comunidad.(20)

2.3.4 Confort

Concepto

El confort es la experiencia inmediata y holística que experimentan los pacientes, familia y comunidad, cuando se abordan las necesidades para el confort de alivio, tranquilidad y transcendencia, en los cuatro contextos en el que se produce el confort que son físico, psicoespiritual, social y ambiental. (20)

2.3.5 Tipos de confort

- **Alivio:** estado de un paciente que ha visto satisfecha una necesidad específica, es decir aliviar los malestares de ese momento en el receptor. (20)
- **Tranquilidad:** estado de calma o satisfacción de la persona entera en relación a la comodidad en la mente y cuerpo. (20)

- **Trascendencia:** estado en el que el paciente está por encima de sus problemas o dolor, siendo una característica en la madurez del desarrollo en términos de una mayor conciencia del medio ambiente y una orientación hacia perspectivas ampliadas sobre la vida (22).

2.3.6 Contexto en el que se produce el confort

- **Física:** perteneciente a las sensaciones corporales.(20)
- **Psicoespiritual:** hace referencia al conocimiento interno del yo, incluidos la autoestima, el autoconcepto, el sexo y el significado de la vida; la relación de una persona con un orden o estado superiores. (20) Representa a la conciencia interna del yo, pudiendo contener la relación con un ser superior. (22)
- **Ambiental:** incluye el entorno, las condiciones y las influencias externas.
- **Social:** corresponde a las relaciones interpersonales, sociales y familiares (22).

2.3.7 Necesidades de tipos de confort

Necesidades de confort físico

- **Homeostasis:** Es el estado de equilibrio entre valores de laboratorio, estado funcional y signos vitales que se ajustan constantemente para responder a los cambios internos y externos del cuerpo necesarios para sobrevivir y funcionar correctamente.
- **Movilidad:** Mantener la cama en posiciones bajas para evitar caídas, utilizar barandillas que generen mayor seguridad, cada paciente debe contar con un cuidador directo que brinde ayuda para realizar actividades diarias.
- **Eliminación:** Es la necesidad del organismo de eliminar sustancias perjudiciales que resultan del metabolismo. Es necesario mantener el equilibrio de líquidos y sustancias del medio interno y al eliminar se permite que los diferentes órganos del cuerpo mantengan un adecuado funcionamiento.

- **Manejo del dolor:** Permitir una adecuada analgesia en el paciente, de igual manera implementar medidas de comodidad o estrategias que permitan manejar adecuadamente episodios de dolor.
- **Sensorial:** Las pérdidas sensoriales son notorias al pasar del tiempo, debido a cambios que se producen durante el envejecimiento, por esta razón es importante realizar intervenciones de enfermería que permitan estimular la parte sensorial del paciente.
- **Medicamentos:** Realizar seguimiento de los niveles terapéuticos adecuados para la edad, verificar respuestas y efectos secundarios a medicamentos nuevos o antiguos.
- **Nutrición:** Evaluar la ingesta adecuada de calorías y líquidos, mediante la implementación de recomendaciones nutricionales.
- **Higiene:** Mantener un adecuado baño en cama y cuidado bucal.
- **Descansar/ dormir:** Administrar medicación para el dolor, ansiedad con la finalidad de permitir un mejor descanso y sueño.
- **Posición:** Realizar cambios de posición en el paciente encamado cada dos horas para evitar problemas a futuro, esto ayuda a mantener el estado de la piel saludable y prevenir escaras. (23)

Necesidades de confort psicoespiritual

- **Ansiedad:** Evaluar el estado del paciente, si requiere de terapia complementaria.
- **Depresión/demencia:** Determinar la línea base para la función cognitiva en el entorno en el que vive.
- **Espiritual:** Respetar las creencias espirituales del paciente y familia.
- **Expectativa:** evaluar las expectativas de recuperación del paciente y familia.

- **Pérdida de control:** Elegir consulta con el paciente si es necesario realizar las visitas domiciliarias dependiendo de su condición. (23)

Necesidades de comodidad ambiental

- **Habitación:** Crear un ambiente que cuente con elementos necesarios del paciente para brindar confort.
- **Muebles:** Adecuar el área con mobiliario cómodo y adecuado para el paciente en la habitación para procurar un buen descanso especialmente en situaciones nocturnas.
- **Seguridad:** Mantener un entorno adecuado, tranquilo y seguro para el paciente.
- **Ambiente:** Evitar ruidos fuertes, luz intensa que puedan afectar la comodidad del paciente.
- **Intimidad:** Implementar medidas que ayuden a mantener la privacidad de la persona, generando confianza.
- **Actividades significativas:** Realizar actividades terapéuticas en el hogar que puedan aliviar malestares del paciente. (23)

Necesidades de confort social

- **Problemas con el hogar:** Evaluar dificultades y preocupaciones con la familia.
- **Apoyo familiar:** Permitir visitas en el hogar ya que el apoyo familiar es un buen ambiente de recuperación y confort en el paciente.
- **Soledad/miedo:** Evitar dejar solo al paciente, para no generar miedo que pueda causar problemas mentales, permitir interacciones con otras personas
- **Financiero:** El costo de los medicamentos suelen ser altos por esta razón es importante el acceso a la medicación gratuita que brinda el gobierno para

pacientes con tratamientos de larga duración, de igual manera los bonos que aportan económicamente a personas de bajos recursos, con enfermedades catastróficas y discapacidad.

- **Educación:** Enseñar a los pacientes y familiares sobre los medicamentos, rehabilitación y pautas nutricionales en el domicilio.
- **Atención domiciliaria:** Implementar recomendaciones de tratamiento, atención médica en el hogar con profesionales de la salud según sea necesario.
- **Sensibilidad cultural:** Crear medidas de comodidad intencionales indicadas por la familia tomando en cuenta creencias espirituales, culturales y tradiciones según la comunidad. (23)

2.3.8 Discapacidad

- **Definición**

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado). (24)

2.3.8 Tipos de discapacidad

Tipo	Definición
Discapacidad auditiva	Son las deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, irreversibles e irrecuperables de la percepción de los sonidos externos, debido a la pérdida de la capacidad auditiva parcial (hipoacusia) o total (cofosis), de uno o ambos oídos.
Discapacidad de lenguaje	Son las deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, irreversibles e irrecuperables del lenguaje, expresión verbal, causada por alteraciones, anomalías, perturbaciones o trastornos que dificultan de manera persistente permanente e irreversible la comunicación y la interrelación.
Discapacidad física	Son las deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, irreversibles e irrecuperables de las alteraciones neuromusculoesquelética o de órganos internos, que se traducen en limitaciones posturales, de desplazamiento o de coordinación del movimiento, fuerza reducida, dificultad con la motricidad fina o gruesa.
Discapacidad intelectual	Se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en las habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad se origina y manifiesta antes de los 18 años.
Discapacidad múltiple	Es la presencia de dos o más discapacidades: auditiva, visual, física, lenguaje, intelectual y/o psicosocial que generan deficiencias, limitaciones y restricciones funcionales y/o estructurales, irreversibles e irrecuperables en varios sistemas del organismo humano.

Discapacidad psicosocial	Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad. Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo.
--------------------------	--

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Calificación de la discapacidad 2018

2.3.9 Condiciones que determinan una discapacidad

Existen varios factores que determinan una discapacidad como son los siguientes:

- Amputación/es
- Cifoescoliosis grave con restricción cardiopulmonar
- Secuelas de parálisis cerebral infantil, paraplejia, cuadriparesia o cuadriplejia.
- Enfermedad de Parkinson en etapas avanzadas (dependencia total de terceras personas para actividades de la vida diaria y de autocuidado).
- Condiciones respiratorias con dependencia permanente de oxígeno y cianosis distal.
- Fístulas entero-cutáneas permanentes
- Sondaje uretral permanente
- Hipocrecimientos (talla menor a 134 cm)
- Enucleación ocular bilateral
- Leucoma corneal bilateral
- Anoftalmia bilateral
- Cofosis con ausencia de lenguaje oral a partir de los 6 años

- Disfemia (tartamudez o trastorno de la pronunciación por fisuras labiopalatinas, malformaciones y/o alteraciones congénitas o adquiridas de los órganos fonatorios)
- Trastorno del desarrollo intelectual moderado con tendencia a grave
- Trastorno del desarrollo intelectual grave
- Trastorno del desarrollo intelectual profundo
- Deterioro cognitivo grave
- Deterioro cognitivo profundo

2.3.10 Clasificación de discapacidad según su gravedad

Tomando en cuenta la escala genérica las clases de discapacidad establecidas y los grados de discapacidad descritos en el Reglamento para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad o con deficiencia o condición discapacitante, se determinó para la graduación de la discapacidad según su gravedad, la siguiente tabla:

Discapacidad según su gravedad

Discapacidad	Definición	Porcentajes
Ninguna discapacidad	Persona con deficiencia permanente que ha sido diagnosticada y tratada adecuadamente, que no presenta dificultad en la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y supera sin dificultad las barreras del entorno.	0 a 4%
Discapacidad leve	Síntomas, signos o secuelas de deficiencias permanentes y que tiene alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, sin embargo, la persona es muy independiente, no	5 a 24%

	requiere apoyo de terceros y puede superar barreras del entorno.	
Discapacidad moderada	Síntomas, signos o secuelas de deficiencias permanentes y que presenta disminución importante de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado y supera con dificultad algunas barreras del entorno.	25 a 49%
Discapacidad grave	Síntomas, signos o secuelas de deficiencias permanentes causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo para algunas labores básicas de autocuidado y supera con dificultad solo algunas barreras del entorno.	50 a 74%
Discapacidad muy grave	Síntomas, signos o secuelas de deficiencias permanentes que afectan gravemente e imposibilitan la realización de las actividades cotidianas, requerimiento del apoyo o cuidados de una tercera persona y no logra superar las barreras del entorno.	75 a 95%
Discapacidad completa	Síntomas, signos o secuelas de deficiencias, permanentes que afectan a la persona en su totalidad e imposibilitan la realización de las actividades cotidianas, requerimiento del apoyo o cuidados de una tercera persona y no logra superar las barreras del entorno.	96 100%

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Calificación de la discapacidad 2018

2.3.11 Programas del Ministerio de Inclusión Económica y Social

Bono de Desarrollo Humano

Es un programa dirigido a familias que cumplan condicionalidades de corresponsabilidad en educación y salud. Donde se realiza la transferencia monetaria mensual de USD 50, que es percibida por el representante del núcleo familiar, de preferencia mujer. Los beneficiarios son usuarios con niños menores de 5 años, usuarios con niños con discapacidad dentro del hogar y usuario con crédito de Desarrollo Humano vigente. (25)

Manuela Espejo

La misión Solidaria Manuela Espejo albergó de manera general a todos los programas, proyectos, planes que fueron elaborados y ejecutados desde la Vicepresidencia de la República del Ecuador. El desarrollo de estos programas durante la fase de respuesta dejó grandes avances y satisfacciones para la sociedad en general especialmente para las personas con discapacidad registradas en el Estudio Biopsicosocial Clínico Genético. (26)

La entrega de ayudas técnicas tuvo como finalidad mejorar la calidad de vida de la población con discapacidad. Entre ellas, andadores, bastones de rastreo, muletas, sillas de ruedas, sillas posturales, sillas de baño y de evacuación entre otros. También se entregaron camas clínicas, colchones y cojines anti-escaras que son implementos de uso diario para personas con discapacidad. (26)

El Plan de vivienda Manuela Espejo tuvo como objetivo eliminar todas aquellas viviendas inseguras donde habitan familias que tengan al menos un integrante con discapacidad en condiciones críticas, con la construcción de casas accesibles, mejoramiento y adecuación conforme las necesidades de las personas con discapacidad. (26)

Programa Joaquín Gallegos Lara

En 2010 se creó el Bono Joaquín Galleos Lara como parte del Programa Misión Solidaria Manuela Espejo, el cual también incluye los siguientes componentes: ayudas técnicas, soluciones habitacionales, órtesis y prótesis, integración laboral y emprendimiento y detección temprana. Este programa busca apoyar a las personas en condición socioeconómica crítica, con discapacidad severa, enfermedad catastrófica, rara o huérfana, y menores de 14 años con VIH SIDA, con una transferencia monetaria USD 240, entregada al cuidador/a de la persona con discapacidad. (27)

2.3.12 Paciente encamado

El encamamiento prolongado conlleva a cualquier persona a adquirir un Síndrome de inmovilización que se refiere al desequilibrio de la relación normal entre el reposo y la actividad física, estos procesos son biológicamente esenciales para mantener un estado físico óptimo. Este Síndrome es común en la atención primaria de salud, aunque también puede verse en la atención secundaria y terciaria, sin embargo, los profesionales de enfermería son quienes realizan intervenciones dirigidas a estos pacientes para mejorar el confort. (28)

2.3.13 Cuidador

Se define a aquella persona que asiste o cuida a otra persona que se encuentra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. (29) El cuidador experimenta una sobrecarga de trabajo que incluye factores emocionales, físicos, económicos donde involucra las actitudes del cuidador hacia la persona cuidada y la relación que existe entre ambos. (30)

Cuidador formal: Es aquel profesional de una institución pública o privada que recibe remuneración económica por las tareas que realiza, por otra parte, la carga de trabajo

excesiva puede causar diferentes síntomas como fatiga, dificultad para relajarse, cansancio emocional y físico. (29)

Cuidador informal: Es aquel que asume tareas y responsabilidades de cuidar sin recibir alguna remuneración económica, la mayoría de los casos suele ser un familiar, amigo o vecino del paciente. (29) La carga que experimentan estos cuidadores son factores de estrés y a menudo efectos psicológicos, de comportamiento, económicos y fisiológicos negativos en la vida diaria y su salud. (31)

2.3.14 Cuidados de Enfermería

El cuidar es parte esencial del que hacer Enfermero, se reconoce como una forma de diálogo que acarrea ir más allá de la observación y de la reflexión; involucra modelar, comunicar, confirmar y practicar; es una forma de relación y crecimiento mutuo. También requiere tener en cuenta sentimientos, habilidades de conexión, participación y crecimiento. Igualmente, implica una relación de dos sujetos que son iguales como seres humanos. Es por tanto un proceso dinámico que incluye el entorno de quien se cuida y en él, la Enfermera/o quien debe ser evaluado en su capacidad como cuidador. (32)

Cuidado centrado en la persona: quien, en lugar de estar inmersa en una situación patológica, vive experiencias de salud relacionadas con su entorno. Se parte de considerar la calidad de cuidado de Enfermería como un complejo sistema de componentes, desde la óptica holística, que buscan satisfacer las necesidades del cuidado de los usuarios en medio de la relación entre enfermero/a y paciente, esos componentes están definidos en seis dimensiones de cuidados expuestas por Larson:

- 1. Accesibilidad:** alude a comportamientos de cuidado que son esenciales en la relación de apoyo y ayuda administrada de forma oportuna, como es el acercarse al paciente dedicándole tiempo.
- 2. Explica y facilita:** Son los cuidados que brinda el profesional de Enfermería para dar a conocer aspectos que para el usuario son desconocidos o difíciles de

entender en relación con su enfermedad, tratamiento o recuperación, del mismo modo, ofrece información requerida en forma clara, haciendo fácil o posible la ejecución de cuidados para su bienestar o recuperación.

3. **Conforta:** Se refiere a los cuidados que ofrece la Enfermera con el fin de que el usuario, la familia y los allegados se sientan cómodos, infundiéndoles ánimo y vigor, en un entorno que favorezca el bienestar.
4. **Se anticipa:** Valora los cuidados que los y las Enfermeros/as plantean con anterioridad teniendo en cuenta las necesidades del usuario, con el fin de prevenir complicaciones.
5. **Mantiene una relación de confianza:** Son los cuidados que ofrecen los profesionales de Enfermería para que el usuario hospitalizado tenga empatía con ellos. Estos cuidados van dirigidos a la recuperación, haciendo sentir al enfermo como persona única, confiada, serena y segura. Tienen que ver con la cercanía y la presencia física del personal de enfermería hacia el usuario.
6. **Monitorea y hace seguimiento:** referido a los cuidados de enfermería que implican un conocimiento propio de cada usuario y dominio de lo científico técnico y de los procedimientos que realiza. Incluye planes y acciones que son realizadas para enseñar a su grupo de Enfermería la forma como se deben realizar los procedimientos y mantener la observación para que las acciones de cuidado hagan bien y a tiempo. (32)

2.3.15 Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Se considera una revolución en la historia de la enfermería, pues su implementación es una ventaja para el trabajo de sus profesionales, garantiza el desarrollo de la práctica clínica fundamentada en bases científicas, favorece la calidad en el cuidado brindado al individuo, la familia y la comunidad. Se caracteriza porque tiene base teórica, pues es un proceso concebido a partir de conocimientos sólidos que les permitan al estudiante y al profesional plantear y organizar sus acciones de enfermería, con la finalidad de dirigir y alcanzar un objetivo: la interacción entre enfermera-paciente,

familia y comunidad, al establecer relaciones recíprocas e interdisciplinarias al ser dinámico y flexible, para procurar que el ejercicio de la enfermería se adapte a los ámbitos clínico y comunitario o en esas áreas especializadas, que respondan a las necesidades actuales. (33)

Iyer PE, Taptich BJ plantean que el Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas:

1. **Valoración:** Consiste en una recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
2. **Diagnóstico de enfermería:** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
3. **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para proporcionar la salud.
4. **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
5. **Evaluación:** Donde se evalúan las respuestas de los individuos, familia y la comunidad, de acuerdo con las expectativas u objetos trazados. (33)

2.3.16 Cuestionario del Confort de Kolcaba

En la descripción teórica, plantea la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de medidas de comodidad para satisfacer esas necesidades y su posterior valoración después de su implantación como la esencia del cuidado enfermero.

Conceptualiza la comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de tres tipos de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia, en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psico-espiritual, social y ambiental).

Kolcaba partió de la estructura taxonómica del confort, como guía para desarrollar el cuestionario general de comodidad y así poder medir el grado de comodidad holística.

Estructura Taxonómica del Confort

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

Fuente: Modelos y Teorías de Enfermería 2011

2.4 Marco Legal y Ético

2.4.1 Marco Legal

- **Constitución de la República del Ecuador, 2008.**

“Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.”

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.(34)

- **Ley Orgánica de Salud**

Capítulo I, Del derecho a la salud y su protección

“Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.(35)”

“Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. (35)”

- **Ley orgánica de discapacidades**

Capítulo I De las Definiciones

“Art. 1.- De la persona con discapacidad: Para efectos de este Reglamento y en concordancia con lo establecido en la Ley, se entenderá por persona con discapacidad a aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en una proporción equivalente al treinta por ciento (30%) de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional. (36)”

“Art. 2.- De la persona con deficiencia o condición discapacitante: Se entenderá por persona con deficiencia o condición discapacitante, aquella que presente disminución o suspensión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales, en los términos que establece la Ley, y que aun siendo sometidas a tratamientos en un plazo mayor de un (1) año de evolución, sin que llegue a ser permanente. (36)”

- **Plan Creación de Oportunidades 2021-2025**

Eje Social

Objetivo5. “Proteger a las familias, garantizar sus derechos y servicios, erradicar la pobreza y promover la inclusión social”. (12)

Políticas

- 1. Promover el ejercicio de derechos y la erradicación de la pobreza con énfasis en las personas y grupos de atención prioritaria.*
- 2. Combatir toda forma de discriminación y promover una vida libre de violencia en especial la ejercida contra mujeres, niñez, adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGTBI y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.*
- 3. Promover el acceso al hábitat seguro, saludable y a una vivienda adecuada y digna.(12)*

Objetivo 6. “Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad”. (12)

Como nación existe la necesidad de concebir a la salud como un derecho humano y abordarlo de manera integral enfatizando los vínculos entre lo físico y lo psicosocial, lo urbano con lo rural, en definitiva, el derecho a vivir en un ambiente sano que promueva el goce de todas las capacidades del individuo. (12)

Políticas

- 1. Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando*

la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGTBI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.

2. *Modernizar el sistema de salud pública para garantizar servicios de calidad con eficiencia y transparencia. (12)*

2.4.2 Marco Ético

- **Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería**

1. La enfermera y las personas.

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería, por lo tanto, al dispensar los cuidados:

- *“Promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.*
- *Se cerciorará que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente.*
- *Mantendrá la confidencialidad de toda la información personal y utilizará la discreción al compartirla.*
- *Compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular de las poblaciones vulnerables.*
- *Defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos.*

- *Demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.(37)”*

2. La enfermera y la práctica.

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia, mediante la formación continua:

- *“Mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.*
- *Juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.*
- *Observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público.*
- *Dispensará los cuidados, una vez que corrobore que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.*
- *Tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto.(37)”*

3. La enfermera y la profesión.

La enfermera tiene la función principal de establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, con la finalidad de:

- *“Contribuir activamente para el desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas.*
- *Participar en el desarrollo y sostenimiento de un conjunto de valores profesionales.*

- *Participar activamente en organizaciones profesionales, así como en la creación de un entorno favorable de la práctica y en el mantenimiento de condiciones de trabajo que social y económicamente sean seguras y equitativas.*
- *Ejercer su profesión para sostener y proteger el entorno natural, consciente de las implicaciones que ello tiene para la salud.*
- *Contribuir a crear un entorno ético en la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos.(37)”*

4. La enfermera y sus compañeros de trabajo.

La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la Enfermería y en otros sectores, con la disposición de:

- *“Adoptar las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.*
 - *Actuar adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer un comportamiento ético.(37)”*
- **Código de ética del Ministerio de Salud Pública**

Artículo N°1: Objetivos

- 3 *“Promover y regular el comportamiento de los/as servidores de la institución para que se genere una cultura organizacional de transparencia, basada en principios y valores éticos, que garantice un servicio de calidad a los/as usuarios/as.*
- 4 *Implementar principios, valores, responsabilidades, compromisos éticos en relación a la conducta y proceder de los/as servidores/as públicos/as de la salud para alcanzar las metas institucionales.*

- 5 *Propiciar la creación de espacios para la reflexión personal y colectiva sobre la importancia y necesidad de aplicar principios y valores éticos en la práctica del servicio público que posibiliten en forma progresiva, el mejoramiento continuo de la gestión institucional. (38)”*

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1 Diseño de Investigación

- **Cuantitativo:** El enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. (39) En la presente investigación se utilizaron datos numéricos mediante la recolección de datos por medio de una encuesta directa al cuidador, con la finalidad de obtener información sobre el confort de los pacientes con discapacidad encamados y sus necesidades.
- **No experimental:** De acuerdo con Hernández Sampieri la investigación no experimental es un estudio que se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos.(39) En este estudio no se realizó la manipulación de variables, de lo contrario se tomó en cuenta los datos que influyen en las distintas necesidades de los pacientes con discapacidad encamados en su domicilio para llegar al confort.

3.2 Tipo de la Investigación

- **Descriptiva:** Busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población.(39) De acuerdo a la investigación se describen las características sociodemográficas y las necesidades de los pacientes con discapacidad encamados para llegar a un confort de alivio, tranquilidad y transcendencia mediante la teoría de Katherine Kolcaba.

- **Campo:** Tiene como finalidad recoger y registrar ordenadamente los datos relativos del tema escogido como objeto de estudio, en base a diferentes técnicas de observación y exploración del terreno que en realidad es el contacto directo con el objeto de estudio y la interrogación que consiste en el acopio de testimonios, orales y escritos, sentimientos, pensamientos, estados de ánimo de personas vivas. (40) Para la recolección de datos se realizó visitas domiciliarias a pacientes encamados que tienen seguimiento por el personal de salud del Centro de Salud del sector, El Priorato, donde el informante principal es el cuidador.
- **Transversal:** Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. (39) La información recolectada de la presente investigación se obtuvo en un momento único en la visita domiciliaria, en los meses de abril a junio.

3.3 Localización y Ubicación del Estudio

Esta investigación se llevó a cabo en la provincia de Imbabura en el Cantón Ibarra en la parroquia La Dolorosa del Priorato.

3.4 Población de Estudio

El universo está conformado por 130 pacientes con discapacidad que residen en la Parroquia la Dolorosa del Priorato, registrados en el Centro de Salud El Priorato.

3.4.1 Muestra

La muestra está conformada 30 cuidadores de pacientes con discapacidad que se encuentran encamados y domiciliados en el sector El Priorato en los barrios; El Panecillo, Cuatro esquinas, Sagrado Corazón, La Floresta, Mirador de la Aduana, Santa Marianita.

3.4.2 Tipo de Muestreo

Muestreo no probabilístico: Según Johnson 2014, Hernández-Sampieri 2013 y Battaglia 2008 “En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador”. Es un muestreo por conveniencia: Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. (41) Se eligió a 30 cuidadores de pacientes con discapacidad del sector El Priorato que se encuentra encamados con necesidad de mejora del confort.

3.4.3 Criterios de Inclusión

- Pacientes con discapacidad encamados en el sector El Priorato.
- Cuidadores de pacientes con discapacidad encamados que acepten participar voluntariamente en la investigación.
- Pacientes con discapacidad encamados sin límite de edad.

3.4.4 Criterios de Exclusión

- Cuidadores de pacientes con discapacidad encamados que no aceptan participar voluntariamente en la investigación.
- Pacientes con discapacidad que no se encuentran encamados.
- Cuidadores de pacientes con discapacidad encamados que no se encuentren en su domicilio al momento de la visita.

3.5 Métodos de Recolección de datos

3.5.1 Métodos

Método Bibliográfico

El método bibliográfico en este estudio permitió la recopilación información mediante una búsqueda científica de artículos de relevancia a través de gestores bibliográficos como: Scielo, Elsevier, BVS regional, Lilacs, entre otros, los que fueron utilizados para realizar el marco referencial de la investigación.

Método Deductivo

Se utilizó el método deductivo para analizar la situación de la población y llegar a una conclusión específica acerca del confort y las diferentes necesidades físicas, psicoespirituales, sociales y ambientales de los pacientes encamados del Sector El Priorato.

3.5.2 Técnica

Encuesta

Es una técnica de recogida de datos más empleada para las investigaciones científicas. Esta se ejecuta mediante un entrevistador el cual debe estar capacitado, debe existir un cuestionario debidamente estructurado el cual de forma previa tiene que ser puesto a prueba para aplicarse a la población. (42) Se utilizó una encuesta en Microsoft Forms para la recolección de datos sociodemográficos y el cuestionario del confort el S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish.

Instrumento

Los instrumentos de recolección de datos en investigación científica se emplean de manera distinta de acuerdo al tipo de investigación, al objetivo y técnica seleccionada, que permite la obtención y registro de datos a través de preguntas de varios tipos sobre los hechos de interés de la investigación, constituyéndose, así como una herramienta de gran versatilidad. (42) El instrumento a utilizarse en el estudio es el S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish elaborado por la Doctora Katherine Kolcaba y que a sido aplicado en diferentes estudios para mejorar el confort del paciente y un instrumento realizado por la autora para los datos sociodemográficos.

Cuestionario

El cuestionario según Chasteauneuf, 2009 “consiste en el conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir”. Pueden ser preguntas cerradas aquellas que contienen opciones de respuesta previamente delimitadas y resultan más fáciles de codificar y analizar, preguntas abiertas no delimitan las alternativas de respuesta y son útiles cuando no hay suficiente información sobre las posibles respuestas de las personas.(39). Primero se coordinó con el personal de salud del Centro de Salud de Priorato para el acceso de la información estadística de los pacientes con discapacidad en el sector y con autorización de la dirección del Centro se inició con las visitas domiciliarias, se socializó los objetivos de la investigación a los cuidadores de pacientes con discapacidad encamados quienes firmaron el consentimiento informado para preceder a la aplicación del cuestionario.

El Cuestionario S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish elaborado por la Doctora Katherine Kolcaba fue aplicado en el área comunitaria, específicamente en el paciente encamado; este consta de 48 afirmaciones divididas en cuatro dimensiones la dimensión física consta de 12 ítems, la dimensión psicoespiritual con 13, la dimensión ambiental con 13 y la dimensión social con 10, los mismos que cuentan con cuatro alternativas de respuesta con una escala de Likert de 1 a 4 que va desde totalmente de

acuerdo 4, de acuerdo 3, en desacuerdo 2 y totalmente en desacuerdo 1. Este instrumento resume los tipos de confort de alivio, tranquilidad y transcendencia. (43)

Se resaltan cuatro dimensiones dentro de la dimensión física pertenecen a sensaciones corporales y mecanismos homeostáticos. La dimensión 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. En la dimensión ambiental relacionado al entorno externo, las condiciones e influencias. Y la dimensión social relativo a relaciones interpersonales, familiares y sociales. Mayores puntajes significan mayor cubrimiento de las necesidades de la comodidad. (44)

En cuanto a los tipos de confort de alivio es la satisfacción de una necesidad específica. La tranquilidad es la calma entre mente y cuerpo para lograr un estado de satisfacción. Y la transcendencia es la potencialización de las capacidades de la persona. (44)

Fiabilidad

Instrumento: S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,810	48

3.6 Análisis de Datos

Con los resultados obtenidos en la encuesta se realizó una base de datos en Microsoft Excel, y a continuación se codificaron y se analizaron los resultados de la base de datos en el programa estadístico informático SPSS que son representadas a través de tablas.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de Investigación

Tabla 1 Características sociodemográficas

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	23	76,7%
	Femenino	7	23,3%
Edad	0 a 9 años	1	3,3%
	10 a 19 años	4	13,3%
	20 a 64	14	46,7%
	65 y más	11	36,7%
Etnia	Mestizo	30	100,0%
Religión	Católica	30	100,0%
Estado civil	Casado	16	53,3%
	Soltero/a	12	40,0%
	Separado/a	2	6,7%
Instrucción	Preescolar	1	3,3%
	Educación Básica	8	26,7%
	Educación media/ Bachillerato	1	3,3%
	Ninguno	20	66,7%

Análisis. - La población en estudio en su totalidad es de etnia mestiza, de religión católica, la mayoría no tiene instrucción educativa, solo básica, predomina el sexo masculino, la mitad están casados y el rango de edad oscila entre 9 y más de 65 años.

En el Consejo Nacional para la igualdad de Discapacidades, las Estadísticas de Discapacidad 2022 indica que el sexo masculino predomina con total de 3.389 personas en la Provincia de Imbabura en el Cantón Ibarra, las edades oscilan entre 0 hasta mayores de 65 años. (45)

Iguales resultados los presenta el estudio realizado por Gonzáles en la distribución de pacientes según la edad el mayor porcentaje se presentó entre los 60-79 años de edad con un 54,3%, siguiendo los de 45-59 años con un 24,3% y por último los de mayores de 80 años con un 21,4%, donde predomino el sexo masculino con un 55,7% mientras que el sexo femenino representa el 44,3%, según el nivel educativo de los pacientes se encontró que en su mayoría 71,4% se centra entre analfabetismo y primaria y que solo un 28,6% alcanzo a realizar entre un grado de bachillerato, técnico y algún nivel universitario. (46)De acuerdo a Rodríguez 2004, pese al aprendizaje legal que amparaba y promovía la inclusión en Ecuador, el 37,9% de la población con discapacidad no había recibido educación formal y apenas el 1,8% había tenido acceso a la educación superior, de los cuales el 62,9% eran varones.(10)

Tabla 2. Nivel socioeconómico

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Cuidador	Cónyuge	7	23,3%
	Hijo/ hija	11	36,7%
	Padre/ madre	12	40,0%
Programas de ayuda social	Bono de Desarrollo Humano	3	10,0%
	Manuela Espejo	7	23,3%
	Joaquín Gallegos Lara	9	30,0%
	Ninguno	11	36,7%

Análisis. – El cuidador principal en la población en su mayoría son los padres e hijos y un mínimo están al cuidado del cónyuge, un tercio de la población no recibe ayuda económica, mientras que el restante pertenece a un programa de apoyo social.

Cuidar a una persona con discapacidad encamada requiere de un gran esfuerzo por parte de sus cuidadores, porque requieren especial atención enfocados a mejorar su salud, enfocadas a su higiene, alimentación, eliminación y descanso, contribuyendo a mejorar el confort. El nivel socioeconómico de la familia influye en el acceso a servicios de salud, medicinas y alimentos que son recursos indispensables para llevar una vida saludable y cumplir con las necesidades básicas para alcanzar la comodidad. Los programas de ayuda social en Ecuador apoyan significativamente a los pacientes y cuidadores de personas con discapacidad en el domicilio.

Cabrera 2019, indica que el cuidador informal está formado por aquellas actividades de aula no profesional que van dirigidas a personas con algún grado de dependencia que son provistas por personas de su red social, familiar, vecinos, amigos y en los que

no existen entidad intermedia. En el estudio realizado en Cuba menciona que las hijas en un 45,71%, seguidas del cónyuge en un 34,28%, fueron los grados de parentesco que predominan en el cuidado del adulto mayor encamado. (6) El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) indica que las personas con discapacidad beneficiaria del bono Joaquín Gallegos Lara en la provincia de Imbabura son beneficiarios 439 personas con discapacidad incluyendo hombre y mujeres, donde predomina la etnia mestiza y en su mayoría pertenecen al rango de edad de 30 a 65 años, con un mayor porcentaje en discapacidad física. (47)

Tabla 3. Tipo de discapacidad y porcentaje de discapacidad

		Porcentaje de discapacidad	
		75% a 84%	85% a 100%
Tipo de discapacidad	Física	7	19
		23,3%	63,3%
	Intelectual	1	0
		3,3%	0,0%
	Múltiple	2	1
		6,7%	3,3%

Análisis. – Se obtiene un resultado donde predomina una discapacidad física que se encuentran en un porcentaje entre 85% y 100%, en menor porcentaje encontramos a la discapacidad intelectual y múltiple que pertenecen entre un 75% a 84% en los pacientes encamados en el domicilio.

Según el Consejo Nacional para la igualdad de Discapacidades mencionan que el 43,81% de la población de la provincia de Imbabura del cantón Ibarra tienen discapacidad física, seguido de intelectual en un 21,61%, auditiva en un 18,50%, visual 10,52% y psicosocial en un 5,56%, la mayoría pertenecen al grado de discapacidad entre el 30% a 49% en un 47,40%, de 50% a 74% en un 35,01%, de 75% a 84% en un 12,19% y de 85% a 100% en un 5,31%. (45)

Por otro lado, un estudio realizado en Paraguay donde fueron evaluados 68 adultos con discapacidad, los tipos de discapacidad registradas fueron motora 37 personas (54%), sensorial 8 personas (12%), multidiscapacidad 14 personas (21%), intelectual 9 personas (13%). Teniendo en cuenta el grado de dependencia 22 personas (32%) son independientes, dependencia leve 3 (5%), dependencia moderada 22 (32%), dependencia grave 16 (24%), dependencia total 5 (7%), el origen de la discapacidad, por enfermedad 47%, de nacimiento 46% y por accidentes 7%. (17)

Tabla 4. Dimensión Física

Variable	Escala	Frecuencia	Porcentaje
El paciente se siente relajado en este momento	Acuerdo	1	3,3%
	Desacuerdo	19	63,3%
	Totalmente en desacuerdo	10	33,3%
El paciente no quiere realizar ejercicio	Totalmente de acuerdo	11	36,7%
	Acuerdo	12	40,0%
	Desacuerdo	4	13,3%
	Totalmente en desacuerdo	3	10,0%
Siente usted que la condición actual lo desmoraliza	Totalmente de acuerdo	13	43,3%
	Acuerdo	17	56,7%
Tiene dificultad para soportar el dolor	Totalmente de acuerdo	16	53,3%
	Acuerdo	14	46,7%
Usted siente que el paciente intenta hacer lo mejor	Totalmente de acuerdo	8	26,7%
	Acuerdo	19	63,3%
	Desacuerdo	3	10,0%
El paciente se siente estreñado en este momento	Totalmente de acuerdo	8	26,7%
	Acuerdo	14	46,7%
	Desacuerdo	4	13,3%
	Totalmente en desacuerdo	4	13,3%
Usted como cuidador lo mira sano al paciente	Desacuerdo	14	46,7%
	Totalmente en desacuerdo	16	20,0%
En este momento tiene apetito	Acuerdo	8	26,7%
	Totalmente en desacuerdo	22	73,3%
Se siente cansado en este momento	Totalmente de acuerdo	14	46,7%
	Acuerdo	10	33,3%
	Desacuerdo	6	20,0%
El paciente está suficientemente bien como para caminar	Totalmente en desacuerdo	30	100,0%
El paciente tiene la necesidad de sentirse bien de nuevo	Totalmente de acuerdo	16	53,3%
	Desacuerdo	9	30,0%
	Totalmente en desacuerdo	5	16,7%

Análisis. – Como resultado se obtuvo que el total de pacientes encamados no tiene suficiencia para caminar, la mayoría no tiene apetito por otro lado menos de la mitad sufre estreñimiento; lo que indica un deficiente consumo de fibra en la dieta, el consumo de agua es indispensable para evitar la deshidratación, la inactividad física o efectos secundarios a los medicamentos pueden desarrollar dificultades para evacuar.

En más de la mitad de encuestados el cuidador refiere que los pacientes se sienten relajados e intentan hacer lo mejor pese a su condición física, las actividades que realizan los pacientes con discapacidad encamados son ejercicios terapéuticos que ayudan a mejorar la relajación y con ello evitar complicaciones en los sistemas corporales y psicosociales.

También menciona que tienen dificultad para mejorar su dolor, haciendo que se desmoralice, el dolor que sienten es muy difícil ser comprendido por los cuidadores, en algunos casos cuando los fármacos no hacen efecto es complementado con medidas tradicionales.

En menor cantidad por el cansancio y discapacidad de los pacientes, no colaboran en la realización de ejercicios, el desgaste físico, la debilidad, la pérdida de fuerza muscular son factores que interfieren en el agotamiento, razón por cual muchos requieren de apoyo de fisioterapia física.

Por consiguiente, los cuidadores son un eje fundamental en el cuidado domiciliario en la necesidad física del paciente, porque deben realizar actividades enfocadas en mejorar el dolor con múltiples tratamientos ya sean medicina tradicional o alternativa que permita la relajación del paciente, también incentivar en la realización de ejercicios y actividades que ayuden a mejorar su confort, de igual manera contribuir en su buena alimentación para así evitar el estreñimiento y mejorar su apetito.

Por otro lado, Martínez expresa que padecer una enfermedad crónica no transmisible, explica el comportamiento de dicha población debido a la propia naturaleza de la enfermedad y sus secuelas, estas enfermedades resultan ser degenerativas de tal forma

que hace que la calidad de vida de las personas disminuye, el cansancio y el dolor son ejemplos de signos y síntomas que se presentan y que con frecuencia generan incomodidad o Discomfort. (46)

Se concuerda con los resultados del estudio realizado en Colombia donde refieren que un porcentaje contundente está relacionado con experimentar cambios que los hacen sentir mal, estando 42% de acuerdo y 11% totalmente de acuerdo. 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 un 69% en total de las respuestas. Su incomodidad es visible, ya que en su momento los desmoralizó la situación por la cual estaban pasando con 33% de las respuestas obtenidas. El dolor que padecen también limita sus movimientos y les resulta soportar el dolor con 24% de acuerdo y un restante 11% totalmente de acuerdo, mientras el 52% refiere que no se sienten sanos. (44)

Tabla 5. Dimensión psicoespiritual

Variable	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Se siente útil porque se empeña en ello	Acuerdo	9	30,0%
	Desacuerdo	21	70,0%
Se siente confiado	Acuerdo	22	73,3%
	Desacuerdo	8	26,7%
Siente que la vida vale la pena	Totalmente de acuerdo	13	43,3%
	Acuerdo	17	56,7%
Siente que le ayuda la fe a no tener miedo	Acuerdo	18	60,0%
	Desacuerdo	12	40,0%
Tiene miedo al futuro	Acuerdo	20	66,7%
	Desacuerdo	10	33,3%
Ha tenido cambios que le han hecho sentir mal	Totalmente de acuerdo	8	26,7%
	Acuerdo	19	63,3%
	Desacuerdo	3	10,0%
Se siente contento	Totalmente de acuerdo	2	6,7%
	Acuerdo	7	23,3%
	Desacuerdo	21	70,0%
Sus creencias le hacen sentirse en paz consigo mismo	Totalmente de acuerdo	19	63,3%
	Acuerdo	10	33,3%
	Desacuerdo	1	3,3%
Se siente fuera de control	Totalmente de acuerdo	5	16,7%
	Desacuerdo	24	80,0%
	Totalmente en desacuerdo	1	3,3%
Se siente incómodo por no estar vestido	Acuerdo	6	20,0%
	Desacuerdo	16	53,3%
	Totalmente en desacuerdo	8	26,7%
Se siente en paz consigo mismo	Totalmente de acuerdo	5	16,7%
	Acuerdo	24	80,0%
	Desacuerdo	1	3,3%
Se siente deprimido	Acuerdo	14	46,7%
	Desacuerdo	16	53,3%
Ha encontrado sentido a su vida	Acuerdo	24	80,0%
	Desacuerdo	6	20,0%

Análisis. – La mayoría de los encuestados manifiestan que han encontrado sentido a su vida, el amor, la empatía y la paciencia son valores que se demuestran dentro de las familias lo que ayuda a ponerse en la situación del paciente permitiendo mirarlo como un ser único y no de discriminación.

A momentos los pacientes se encuentran fuera de control, pero pese a las adversidades que se presentan los cuidadores no dejan de ser un pilar fundamental en el manejo de los pacientes para satisfacer las necesidades básicas.

Las creencias religiosas permiten sentirse en paz consigo mismo, estas se manifiestan gracias a la existencia de un ser supremo que guía su camino y ayuda al hombre a trascender, por esta razón los cuidadores demuestran que a pesar de la condición del paciente no sienten miedo de lo que pueda pasar en un futuro, a pesar de los cambios que le han hecho sentir mal, la fe en Dios les ayuda a minimizar este sentimiento.

Más de la mitad de la población indican que los pacientes no se sienten útiles, aunque se empeña en ello y en dar lo mejor, de igual manera valoran la vida y a pesar de la condición física del paciente no dejan de creer en ellos. Por otro lado, los pacientes también demuestran estar deprimidos y provocan cambios de humor que en momentos pueden reflejar sentimientos de tristeza, melancolía, infelicidad en la familia, por lo que se promueve con diversas estrategias a mantener un constante equilibrio ente la mente y espíritu.

Sin embargo, los cuidadores manifiestan que realizan cambios de pañales y de posición, ayudan a mantener una buena higiene para así prevenir infecciones en el tracto urinario, en la piel. Además de ello, los pacientes no demuestran sentirse incómodos por no estar vestidos, por el contrario, demuestran tranquilidad al sentir que tienen a alguien a su cargo y que son partícipes de crear y mejorar un ambiente adecuado de confort especialmente en la prevención de úlceras por presión.

Góngora manifiesta los siguientes resultados la respuesta contundente en la situación espiritual el ítem me siento en paz conmigo mismo refieren estar de acuerdo 95% de los pacientes, también 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. (44)

González menciona, las respuestas más relevantes en la dimensión física fueron; siento confianza conmigo mismo 73,8%, creo que mi situación actual es muy valiosa 63,8%, me da aliento saber que me quiere un 85%, me aterra lo que va a pasar 30%, he tenido muchos cambios 42,5%, necesito más y mejor información acerca de mi salud 29,4%, me siento incapaz de controlarme 40,6%, me siento en paz conmigo mismo 73,1%, estoy deprimido nunca 36,9%, le encontré significado a la vida 82,5%. (48)

Tabla 6. Dimensión ambiental

Variable	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Tiene suficiente intimidad	Acuerdo	7	23,3%
	Desacuerdo	18	60,0%
	Totalmente en desacuerdo	5	16,7%
Siente que lo que le rodea es placentero	Acuerdo	27	90,0%
	Desacuerdo	3	10,0%
Los ruidos no le dejan descansar	Totalmente de acuerdo	1	3,3%
	Acuerdo	25	83,3%
	Desacuerdo	4	13,3%
No le gusta estar en la habitación	Totalmente de acuerdo	216	6,7%
	Acuerdo	12	40,0%
	Totalmente en desacuerdo	16	53,3%
Siente miedo estar en la habitación	Acuerdo	12	40,0%
	Desacuerdo	18	60,0%
La temperatura de la habitación es la adecuada	Totalmente de acuerdo	17	56,7%
	Desacuerdo	13	43,3%
La atmosfera que lo rodea le da ánimos	Totalmente de acuerdo	12	40,0%
	Acuerdo	18	60,0%
Su cama es incomoda	Totalmente de acuerdo	11	36,7%
	Acuerdo	10	33,3%
	Totalmente en desacuerdo	9	30,0%
La vista desde su habitación es agradable	Totalmente de acuerdo	3	10,0%
	Acuerdo	16	36,7%
	Desacuerdo	11	53,3%
Sus cosas se encuentran en su habitación	Acuerdo	20	66,7%
	Desacuerdo	10	33,3%
En su habitación se siente fuera de lugar	Acuerdo	10	33,3%
	Desacuerdo	20	66,7%
En su habitación hay un olor desagradable	Acuerdo	9	30,0%
	Totalmente en desacuerdo	21	70,0%
Es fácil orientarse en su habitación	Desacuerdo	23	76,7%
	Totalmente en desacuerdo	7	23,3%

Análisis. – La mayoría de los cuidadores manifiestan, lo que le rodea es placentero, demostrándose de esta manera que el entorno influye en el desarrollo y comportamiento de la persona y de igual manera el afecto recibido de familiares, amigos y la comunidad.

Más de la mitad mencionan que los ruidos muchas veces no les dejan descansar, los ruidos pueden llegar a afectar la parte física y psicológica de la persona, por esta razón las condiciones ambientales deben ser adecuadas para los pacientes. En la habitación del paciente se encuentran las cosas indispensables y necesarias a disposición del cuidador lo que permite a la persona con discapacidad encamado que no se sienta fuera de lugar y le sea fácil orientarse en la habitación.

Los encuestados indican que los pacientes no cuentan con intimidad suficiente debido a las necesidades que requieren en todo momento y no deben estar aislados en habitaciones alejadas de la familia, por el contrario, existen personas que crean un ambiente donde el cuidador se mantiene permanentemente a su lado.

También señalan que la temperatura es la adecuada lo que ayuda a crear así un ambiente confortable, de igual manera el olor de la habitación es agradable lo que refleja las buenas condiciones de higiene que realiza el cuidador.

Sin embargo, un tercio de la población concuerda que la cama no es lo suficientemente cómoda para permanecer en ella todo el día, la comodidad del paciente encamado debe incluir un colchón adecuado para evitar zonas de presión, una cama que cuente con medidas de seguridad para evitar los riesgos de caídas.

Montalvo afirma que el 71,1% están en desacuerdo con la pregunta los ruidos no me dejan descansar; con relación al ítem no me gusta este lugar el 56,1% de la población encuestada manifestó estar en desacuerdo; ante la afirmación esta habitación me asusta el 68,4% responde estar en desacuerdo con lo mencionado, y al preguntarles sobre esta habitación huele muy mal, solo el 16,7% respondió estar en desacuerdo (49).

Góngora refiere que los pacientes no encuentran desagradado por la habitación, obteniendo puntajes altos de comodidad, como sentir que lo que le 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 o expresiones de incomodidad sobre el encierro y la falta de distracción. La percepción del ruido también fue altamente representada en el que respondían al ítem los ruidos no me dejan descansar con un 36% de acuerdo y un 18% totalmente de acuerdo. (44)

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 le 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 manifestado 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%. (44)

Tabla 7. Dimensión social

Variable	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Cuando necesita ayuda, cuenta con alguna persona o familiar	Totalmente de acuerdo	18	60,0%
	Acuerdo	12	40,0%
Tiene dependencia de otros	Totalmente de acuerdo	30	100,0%
El sentirse querido le da fuerzas para seguir adelante	Totalmente de acuerdo	11	36,7%
	Acuerdo	19	63,3%
Siente que nadie le comprende	Totalmente de acuerdo	5	16,7%
	Acuerdo	20	66,7%
	Totalmente en desacuerdo	5	16,7%
El paciente al estar solo no se siente infeliz	Acuerdo	12	40,0%
	Desacuerdo	18	60,0%
Hay una persona en concreto, que le cuida	Totalmente de acuerdo	30	100,0%
Le gustaría recibir la visita de un médico más a menudo	Acuerdo	30	100,0%
Recibe llamadas y mensajes de sus amigos	Totalmente de acuerdo	10	3,3%
	Acuerdo	20	66,7%
Siente la necesidad de estar informado sobre el estado de la salud	Totalmente de acuerdo	9	30,0%
	Acuerdo	21	70,0%
El paciente pese a estar solo, no se siente solo	Totalmente de acuerdo	14	46,7%
	Desacuerdo	16	53,3%

Análisis. – En su totalidad los cuidadores mencionan que los pacientes son dependientes de otros para satisfacer sus necesidades básicas; de igual manera refieren que les gustaría recibir la visita de un médico más a menudo, sin embargo, un poco más de la mitad tienen la necesidad de estar informados sobre el estado de salud, sobre todo quienes tienen comorbilidad como diabetes, hipertensión arterial entre otras. Por esta razón requieren del seguimiento por medio de la visita domiciliaria para la

promoción y prevención de complicaciones y la presencia del equipo multidisciplinario.

Otro porcentaje demuestra que el paciente pese a estar solo, no se siente solo, debido al constante acompañamiento sienten un apego y costumbre hacia los cuidadores, por ende, al momento de dejar solo a la persona, muestra sentimientos de temor y se miran vulnerables ante una situación y esto puede llegar a afectar su autoestima.

Los dos tercios de los encuestados mencionan que reciben llamadas y mensajes de amigos, esto demuestra que el apoyo moral de personas cercanas le da las fuerzas para seguir adelante y continuar con la vida pese a las adversidades que se presentan día a día.

Menos de la mitad indican que cuando necesitan ayuda cuentan con alguna persona o familiar que brinde apoyo en momentos difíciles que puede estar atravesando, por otro lado, algunos mencionan que nadie les comprende, cabe recalcar que a veces los pacientes encamados tienen dificultad para expresar sus sentimientos y necesidades que mejoren el confort.

Similares datos menciona Montalvo, donde encontró que el 56,6% del grupo de estudio manifiesta estar en desacuerdo cuando se le pregunta si existen personas a las que puedo acudir si necesito ayuda, con relación al enunciados mis amigos demuestran que se acuerdan de mí al enviarme tarjetas, visitarme o llamarme por teléfono el 71% de la población encuestada se muestra en de acuerdo, con respecto a la pregunta me siento triste cuando estoy solo el 76,7% respondió estar en desacuerdo con lo expresado y el 70,5% de los participantes están en desacuerdo ante la afirmación la situación en que estoy me preocupa. (49)

Por consiguiente, en otro estudio realizado por Góngora, revela porcentajes altos como mis amigos se acuerdan de mí, mediante cartas y llamadas telefónicas con el 92% de las respuestas estando de acuerdo, cuando necesito ayuda, cuento con personas que me

la dan un 93% de las respuestas estando de acuerdo o totalmente de acuerdo, y hay una persona, en concreto, que me cuida con un 98% de los pacientes de acuerdo. (44)

Adicionalmente, sobresalieron porcentajes considerables de incomodidad con la comunicación al tener en cuenta los ítems me gustaría ver a mi medico más seguido con 78% de las personas estando de acuerdo y necesito estar mejor informado de mi salud con 98% 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 les comprende, mientras que un alto porcentaje, un 93%, refiere estar de acuerdo y totalmente de acuerdo con el ítem cuando necesito ayuda, cuento con personas que me la dan.(44)

Tabla 8. Tipo de Confort según la Teoría de Kolcaba

Tipos del Confort			
Contexto en el que se produce el confort	Alivio	Tranquilidad	Transcendencia
Física	0 0,0%	24 80%	6 20%
Psicoespiritual	0 0,0%	5 16,7%	25 83,3%
Ambiental	4 13,3%	15 50%	11 36,7%
Social	3 10,0%	0 0,0%	27 90%

Análisis. – Como resultado se obtiene que en la dimensión física el tipo de confort que predomina es la tranquilidad, como un estado de calma que reflejan los pacientes ante las actividades que brinda el cuidador, donde los ejercicios terapéuticos son fundamentales para aliviar su dolor, seguido con un mínimo en la transcendencia, que hace referencia a la superación de los sufrimientos, que gracias a los cuidadores pueden cumplir con las necesidades básicas, como es una buena alimentación y suplementos para mantener un adecuado ingreso de energía manteniendo su metabolismo y así evitar la pérdida de apetito y con ello mantener un adecuado confort físico.

Dentro de la dimensión psicoespiritual prevalece la transcendencia viéndose de esta manera la superación de sus angustias gracias a sus creencias, valores, a la conciencia interna, su autoestima, sexualidad y autoconcepto; en este grupo la Fe en Dios se vuelve esencial, la Gracia y resignación llevan una vida tranquila sin importar su condición física.

En la dimensión ambiental la mitad de la población sobresale un tipo de confort de tranquilidad, donde los cuidadores adoptan un ambiente seguro y de confianza, haciendo que el estilo de vida sea óptimo y saludable permitiendo que el paciente se encuentre cómodo con los factores externos que le rodean. Una mínima proporción de la población obtuvo un confort de alivio que gracias a la creación de entornos adecuados y saludables han permitido al paciente generar bienestar en su diario vivir como es una cama que brinde seguridad, un colchón que sea cómodo para evitar la aparición de úlceras por presión, un ambiente libre de ruido y adecuada temperatura dentro de la habitación hace que sea más placentero su descanso y sueño junto al cuidador.

En la dimensión social resalta un tipo de confort de trascendencia porque los pacientes se encuentran por encima de los problemas, gracias a la aceptación de la discapacidad independientemente del tipo hacen que su comportamiento y actitud ante familia y vecinos reflejan un buen estado de ánimo. Además, el seguimiento que realiza el médico conjuntamente con el equipo multidisciplinario para realizar una adecuada valoración permite mejorar la calidad de vida y en menor cantidad un confort de alivio lo que indica que el apoyo del cuidador, familiar o amigo influye de manera significativa a la percepción de la vida y su autoconcepto

Uribe menciona en su estudio que en el alivio el paciente ha visto satisfecha su necesidad social la cual está reflejada con el poder compartir con su familia, verla, hablar con ella entre otras. En la tranquilidad el paciente ha visto satisfecha su necesidad ambiental por la limpieza del sitio donde esta, la aplicación de su medicación de forma oportuna, adaptación y respeto del personal por el cual es atendida, luz adecuada, temperatura adecuada entre otros. En la trascendencia el paciente ha visto satisfecha su necesidad psicoespiritual por que experimenta satisfacción en su ámbito religioso, sexual entre otros. (50)

Por otro lado, en un estudio realizado en Colombia, 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%, para seguir pensando en su diario vivir. (50)

En cuanto a la tranquilidad los pacientes pudieron tener resultados favorecedores, los cuales están relacionados con sus vivencias expuestas y con los resultados mayores del 80% al referir que sus creencias los hacían sentirse en paz, considerar que había personas que cuidaban de ellos, lograr sentirse confiado y empeñarse en sentirse útil en la sociedad ya sea como familia, amigo, trabajador y demás ocupaciones. Por último, en cuanto a la transcendencia, es evidenciada en la aceptación y confianza; y en lograr superar las dificultades, miedos y dolores durante la hospitalización. Sin embargo, también sugirieron 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 lucir casi desnudos. (44)

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

En la población de estudio predomina el sexo masculino, casados, de etnia mestiza y son católicos, no cuentan con instrucción educativa, el grupo de edad alcanza a niños, adolescentes, adulto joven y mayor, los cuidadores principales son padres e hijos, solo un tercio no cuenta con ayuda económica, mientras que el restante de la población está inscritos a un programa de apoyo social.

La mayoría presentan discapacidad física dentro de un porcentaje entre 75 y 100% según el carnet CONADIS, el rango es de muy grave hasta completa según la calificación de la discapacidad del Ministerio de Salud Pública, afectando gravemente la posibilidad de realizar las actividades cotidianas y son dependientes de un cuidador, un mínimo porcentaje tiene discapacidad intelectual y múltiple.

De acuerdo con la Teoría del Confort de Kolcaba, en los pacientes con discapacidad encamados se evidenció: cuatro dimensiones e identificó tres tipos de confort; en la dimensión física, el tipo de confort que predomina es la tranquilidad, en la psicoespiritual y social prevalece la trascendencia y en la ambiental la mitad de las pacientes tienen tranquilidad.

5.2 Recomendaciones

A los cuidadores se sugiere buscar apoyo en profesionales de enfermería, terapia física, nutrición, psicólogos, médicos familiares y Ministerio de Inclusión Económica y Social, en el cuidado enfocado al paciente con discapacidad encamado mejore el confort, orientado a cubrir las necesidades físicas, psicoespirituales, ambientales y sociales.

Al Centro de Salud El Priorato continuar con el seguimiento de los pacientes con discapacidad encamados mediante visitas domiciliarias con el equipo multidisciplinario, donde se permita a los familiares y cuidadores ser partícipes de la visita, creando así medidas de promoción y prevención enfocadas en la actividad y ejercicio, alivio el dolor, fomentar buena nutrición, referir a otros especialistas en un segundo nivel de atención, para mejorar la calidad de vida de las personas.

A la Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud, continúen formando profesionales médicos, enfermeras, nutricionistas, fisioterapeutas enfocados en el cuidado integral de personas con discapacidad que se encuentran encamados.

Se recomienda la guía sobre cuidados integrales dirigidos a los cuidadores, con estrategias para satisfacer las necesidades básicas de pacientes con discapacidad encamados y recomendaciones al cuidador para su bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith MC, Parker ME. Nursing Theories and Nursing Practice [Internet]. Fourth Edi. Philadelphia; 2015. 23–34 p. Available from: [http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/KEPERAWATAN/Nursing Theories and Nursing Practice.pdf](http://elib.fk.uwks.ac.id/asset/archieve/e-book/KEPERAWATAN/Nursing%20Theories%20and%20Nursing%20Practice.pdf)
2. Lagoueyte Gómez MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev la Univ Ind Santander [Internet]. 2015;47(2):209–13. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013
3. Jara C, Puchi P. Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. Enfermería Univ [Internet]. 2015;12(4):219–25. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000597>
4. García Izquierdo I, Rodríguez Yera E. Detección de personas mayores en riesgo de desnutrición. Nutr Clin y Dietética Hosp. 2017;37(4):177–82.
5. Boudiab LD, Kolcaba K. Comfort Theory Unraveling the Complexities of Veteran’s Health Care Need. Adv Nurs Sci [Internet]. 2015;38(4):270–8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/284076766_Comfort_Theory
6. Cordero Cabrera M, Ferro González B, García Veloz M, Domínguez Álvarez J. Cuidado informal del adulto mayor encamado en un área de salud. Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2019;23(2):195–203. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v23n2/1561-3194-rpr-23-02-195.pdf>
7. De Arco Canoles ODC, Suarez Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ y Salud [Internet]. 2018;20(2):171–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>
8. Ruiz Valencia LF, Gordillo Sierra AM, Galvis López CR. Factores condicionantes básicos en cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio. Rev Cuid [Internet]. 2019;10(3):1–15. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000300200

9. Jiménez Medina N, Valenzuela Suazo S, Orellana Yáñez A. Impacto de un proyecto piloto de estimulación cognitiva sobre el bienestar psicoespiritual en adultos mayores. 2018;29(2):88–97.
10. Delgado Carrillo MJ, Chávez Prado JE, Sancan Moreira MT. Importancia de la evaluación clínica en la discapacidad. *Las Ciencias* [Internet]. 2019;5(3):71–87. Available from: https://www.mendeley.com/catalogue/8a6263b7-36a7-37ed-b229-9c8870434452/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bcc3f371f-fd50-4cf7-9374-3a2718a34a75%7D
11. Coque Paillacho MP. Teoría del confort en el cuidado al adulto mayor encamado. 2020.
12. Secretaria Nacional de Planificación. Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 [Internet]. Quito; 2021. p. 43-48-85–90. Available from: <file:///C:/Users/PC-CARO/Documents/Plan-de-Creación-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>
13. Aguayo Verdugo N, Valenzuela Suazo S. Saber teórico y utilización de la teoría del confort en la práctica de enfermería. *Sanus*. 2019;(9):26–37.
14. Bellido Vallejo J, Lendínez Cobo J. *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. Primera Ed. España; 2010. 1–197 p.
15. Romero Rodríguez D, Henao Castaño Á, Gómez Tovar L. El concepto del confort en el cuidado de enfermería. *Rev Cubana Enferm*. 2022;38(1):1–13.
16. Remache Morocho MI. *Cuidados de enfermería a pacientes con discapacidad motora*. Según Katharine Kolcaba. 2021.
17. Morales L, Rotela C. *Tipos de discapacidad en una comunidad de Caazapá*.

2019;52(3):69–76.

18. Nubia Hernández Bernal, Julián Barragán Becerra CMM. Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario. *Rev Cuid* [Internet]. 2018;9(1):2045–58. Available from: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.479>
19. Ramírez Calixto C, Luna Álvarez H. La cuidadora de personas discapacidades en Ecuador, el caso de las beneficiarias del Bono Joaquín Gallegos Lara. 2018;10(1):98–103.
20. Martha Raile Alligood AMT. Modelos y teorías en enfermería. Séptima ed. Barcelona; 2011.
21. Nava Galán G. Estudio de caso con utilización del instrumento de Katharine Kolcaba teoría de rango medio del confort. *Rev Enfermería Neurológica*. 2010;9(2):94–104.
22. Delgado Riffosa CA, Valenzuela Suazob S. Teoría de Kolcaba : propuesta para el cuidado de niños y niñas chilenos enfermos con cáncer. 2020;490–8.
23. Kolcaba K. A Comfort Unit: Outcomes Associated with Addressing Holistic Comfort Needs of Hospitalized Patients OUTLINE FOR PROPOSAL. 2015. :1–5.
24. Ministerio de Salud Pública. Calificación de la discapacidad. 2018;1–337.
25. Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES. El Estado del Buen Vivir Bono de Desarrollo Humano [Internet]. 2016. p. 1–28. Available from: https://info.inclusion.gob.ec/phocadownloadpap/estudios/aseguramiento_no_contributivo/2016/el_estado_del_buen_vivir_bono_de_desarrollo_humano.pdf
26. Visepresidencia de la República. Política Pública en Discapacidad [Internet]. Quito; p. 1–127. Available from: [http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/2005/L_Camacho VasconezA_PoliticaPublicaenDiscapacidad_2016.pdf?sequence=1](http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/2005/L_Camacho_VasconezA_PoliticaPublicaenDiscapacidad_2016.pdf?sequence=1)
27. Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES. Programas y Servicios.

2016; Available from: <http://www.inclusion.gob.ec/programas-y-servicios/> 1

28. Fornaris Delgado K, Lezcano Leiva M, Suárez Revol D. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería pacientes encamados con Síndrome de Inmovilización. Cuba; 2019. p. 1–8.
29. Bermejo J, Villaceros M, Hassoun H. Diseño y validación de dos escalas de medida de sobrecarga y necesidad de apoyo profesional para cuidadores formales e informales. Gerokomos [Internet]. 2017;28(3):116–20. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00116.pdf>
30. Guarate Coronado Y, Freire Coronado J. Vivencias del cuidador informal del paciente con Covid-19 en la instancia domiciliaria en la parroquia de Quisapincha cantón Ambato. Mediciencia UTA [Internet]. 2021;5(4):62–71. Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1426/1204>
31. Bello Carrasco LM, León Zambrano GA, Covená Bravo MI. Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. Rev Científica la Univ Cienfuegos [Internet]. 2019;11(5):385–95. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v11n5/2218-3620-rus-11-05-385.pdf>
32. Amed Salazar E, Villarreal Amaris G, Alvis Tous C. Calidad Del Cuidado de Enfermería brindado por profesionales en una Ciudad Colombiana. 2019;16(2):108–19. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1615/1507>
33. Naranjo Hernández Y, González Hernández L, Sánchez Carmenata M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. Arch Med Camagüey [Internet]. 2018;22(6):1–14. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1615/1507>
34. Constitución de la Republica del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador 2008. Incluye Reformas [Internet]. 2008;1–136. Available from:

https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

35. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. 2022;(423):1–49. Available from: [https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/3426/1/Ley Orgánica de Salud.pdf](https://biblioteca.defensoria.gob.ec/bitstream/37000/3426/1/Ley%20Org%C3%A1nica%20de%20Salud.pdf)
36. Presidente Constitucional de la República. Reglamento a la Ley orgánica de discapacidades. 2021;(109):1–14.
37. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2017;25(2):83–4. Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
38. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Código de Ética. Quito; 2013. p. 16.
39. Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación. Sexta Edic. Vol. 148. 2018. 148–162 p.
40. Baena Paz G. Metodología de la Investigación. Tercera ed. 2017. 70 p.
41. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. 2017;35(1):227–32. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
42. Cisneros-caicedo AJ. Técnicas e Instrumentos de coleta de dados que apoyan a la Investigación Científica en tempos de Pandemia. 2022;8:1165–85.
43. Valle Dávila MF, Yapud Vizcaino ED, Acosta SL. Dimensiones del confort en pacientes hospitalizados. La U Investig [Internet]. 2021;8(1):33–41. Available from: [file:///D:/User/Downloads/Revista+Salud+V8+N14353 \(1\).pdf](file:///D:/User/Downloads/Revista+Salud+V8+N14353%20(1).pdf)
44. Ruiz Góngora MI. Comodidad del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo cardio vascular. 2016; Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/59855/MariaIsabelRuiz.2017.pdf>

45. Consejo Nacional Para la Igualdad de Discapacidades. Estadísticas de Discapacidad [Internet]. 2022. Available from: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
46. Martínez González E, Ramos Guillin D. Confort en pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas, en una ESE de Montería, 2017. 2018.
47. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES. Personas con discapacidad por Provincia. 2015;1–19. Available from: https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/09/estadistica_conadis.pdf
48. González Gómez A. Comodidad de los pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo e Intermedio, Cartagena. 2016.
49. Montalvo A, Cabrera B, Contreras J, Quiñonez S, Salem E. Comodidad de los pacientes hospitalizados con cáncer en dos instituciones hospitalarias de Cartagena. 2014;6(1):20–6.
50. Uribe Meneses A, Torrado Acevedo IC, Acevedo Duran YJ. Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. Rev cienc Cuid. 2012;17–25.
51. Rabines Juárez AO. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescente escolarizados. Tesis UNMSM [Internet]. 2018;(10):1–6. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAPÍTULO1-introduccion.pdf
52. Alcaraz AB, Delso SAMCD, Bertolin MS, JordÁN I. La teoría del confort en los cuidados enfermeros. Rev Rol Enfermería [Internet]. 2018;41(10):48–52. Available from: <https://ezproxy.deakin.edu.au/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,sso&db=ccm&AN=133787659&site=ehost-live&scope=site>

Anexo 1. Encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**ENCUESTA DE INVESTIGACIÓN DIRIGIDA A PACIENTES QUE SE
ENCUENTRAN ENCAMADOS EN SU DOMICILIO EN EL SECTOR EL
PRIORATO**

TEMA: Confort en pacientes encamados según teoría de Katherine Kolcaba en el Sector el Priorato 2022

Instrucciones: A continuación, encontrará afirmaciones que intentan describir su nivel de confort en este momento. Cada ítem cuenta con cuatro alternativas de respuesta; por favor, marque con una X, la alternativa que considere describe mejor cómo se siente usted ahora. Sus respuestas tendrán un tratamiento confidencial.

- Preguntas sociodemográficamente a la población de estudio.

ITEM	PREGUNTA	RESPUESTAS
1.	¿Con qué sexo se identifica?	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
2.	¿El rango de su edad es de?	<input type="radio"/> De 0 a 11 años <input type="radio"/> De 12 a 17 años <input type="radio"/> De 18 a 29 años <input type="radio"/> De 30 a 64 años <input type="radio"/> Mayor de 65 años
3.	¿Cómo se autoidentifica?	<input type="radio"/> Mestizo <input type="radio"/> Indígena

		<input type="radio"/> Afroecuatoriano/a <input type="radio"/> Blanco/a <input type="radio"/> Montubio/a <input type="radio"/> Otro/a
4.	¿Cuál es su estado civil?	<input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Unido/a <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a
5.	¿Cuál es su nivel de instrucción?	<input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Educación básica <input type="radio"/> Educación media/bachillerato <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Ninguno
8.	¿Cuál es la persona quien lo cuida?	<input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hija/hijo <input type="radio"/> Padre/madre <input type="radio"/> Hermana/hermano <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Auxiliar de enfermería <input type="radio"/> Amigo <input type="radio"/> Ninguno
9.	¿Está inscrito en algún programa?	<input type="radio"/> MIES <input type="radio"/> Manuela Espejo <input type="radio"/> Joaquín Gallegos Lara <input type="radio"/> Ninguno

10.	¿Cuál es el tipo de discapacidad	<input type="radio"/> Auditiva <input type="radio"/> Lenguaje <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Intelectual <input type="radio"/> Múltiple
11.	¿Cuál es el porcentaje de la discapacidad?	<input type="radio"/> 75% a 84% <input type="radio"/> 85% a 100%

S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish

ÍTEMS	OPCIONES			
	4.Totalmente de acuerdo	3.Acuerdo	2.Desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
1. Siente que su familiar necesita encontrarse bien de nuevo 2. Se siente suficientemente bien como para caminar 3. Puede superar su dolor 4. Se siento muy cansado 5. Tiene apetito 6. No se siente sano 7. Se encuentra estreñido 8. Intenta hacer lo mejor 9. Le resulta difícil soportar el dolor que siente 10. Su condición actual le desmoraliza				

11. No quiere hacer ejercicio 12. Su cuerpo está relajado				
Dimensión psicoespiritual	4.Totalmente de acuerdo	3.Acuerdo	2.Desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
13. Ha encontrado un sentido a su vida 14. Se encuentra deprimido 15. Se siente en paz consigo mismo 16. Se siente incómodo por no estar vestido 17. Se siente fuera de control 18. Sus creencias me hacen sentirse en paz consigo mismo 19. Se encuentra contento 20. Ha experimentado cambios que le hacen sentir mal 21. Tiene miedo al futuro 22. Su fe le ayuda a no tener miedo 23. Siente que su vida vale la pena 24. Se siente confiado 25. Se siente útil porque se empeña en ello				
Dimensión ambiental	4.Totalmente de acuerdo	3.Acuerdo	2.Desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo

<p>26. Le es fácil orientarse en su hogar</p> <p>27. Siente que en su habitación hay un olor muy desagradable</p> <p>28. En su habitación se siente fuera de lugar</p> <p>29. Sus cosas se encuentran en su habitación</p> <p>30. Las vistas desde su habitación son agradables</p> <p>31. Su cama es muy incómoda</p> <p>32. La atmósfera que le rodea le da ánimos</p> <p>33. La temperatura de la habitación es la adecuada</p> <p>34. Esta habitación le da miedo</p> <p>35. No le gusta estar aquí sola</p> <p>36. Los ruidos no le dejan descansar</p> <p>37. Siente que lo que le rodea es placentero</p> <p>38. Tiene suficiente intimidad</p>				
Dimensión social	4.Totalmente de acuerdo	3.Acuerdo	2.Desacuerdo	1.Totalmente en desacuerdo
<p>39. Pese a estar aquí solo, no se siento solo</p> <p>40. Necesita estar mejor informado sobre su salud</p> <p>41. Sus amigos se acuerdan de él, mediante cartas y llamadas telefónicas</p> <p>42. Le gustaría ver a su médico más a menudo</p> <p>43. Hay una persona, en concreto, que le cuida</p> <p>44. Cuando esta solo no se siento infeliz</p> <p>45. Nadie le comprende</p> <p>46. El sentirse querido le da fuerzas</p>				

47. Se siente dependiente de otros				
48. Cuando necesita ayuda, cuenta con personas que la dan				

Anexo 2. Urkund



Document Information

Analyzed document	SOFIACH_TESIS_FINAL.docx (D142661002)
Submitted	2022-08-04 19:17:00
Submitted by	
Submitter email	kecabascango@utn.edu.ec
Similarity	1%
Analysis address	kecabascango.utn@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	CONFORT.docx Document CONFORT.docx (D47558562)	1
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TRABAJO DE TITULACIÓN_ CHASIGUANO ADRIANA CORRECCIÓN.docx Document TRABAJO DE TITULACIÓN_ CHASIGUANO ADRIANA CORRECCIÓN.docx (D111488163) Submitted by: mxtapia@utn.edu.ec Receiver: mxtapia.utn@analysis.orkund.com	1
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / 435-Dimensiones del confort en pacientes hospitalizados Art.docx Document 435-Dimensiones del confort en pacientes hospitalizados Art.docx (D101398266) Submitted by: cvaca@utn.edu.ec Receiver: cvaca.utn@analysis.orkund.com	2
SA	ARTICULO PSICO.pdf Document ARTICULO PSICO.pdf (D106719410)	1

Entire Document

CAPÍTULO I
1 Problema de investigación
1.1 Planteamiento del problema

Lic. Katy Cabascango Moya
DOCENTE
SENECYT: 1816-2018-1713043

Anexo 3. Certificado de Inglés



COMFORT IN BEDRIDDEN PATIENTS ACCORDING TO KATHERINE KOLCABA'S THEORY IN EL PRIORATO 2022".

Author: Sofia Ivonne Chachalo Castro

E-mail: sichachaloc@utn.edu.ec

ABSTRACT

Comfort is the immediate and holistic experience experienced by patients, family, and community when addressing the comfort needs for relief, reassurance, and transcendence in physical, psychospiritual, social, and environmental contexts. Objective: To determine the comfort needs of bedridden patients, according to Katherine Kolcaba's theory. Methodology: quantitative, descriptive, cross-sectional study; non-probabilistic convenience sampling, Kolcaba's S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish was applied, with Cronbach's reliability 0.81%. The results were mainly male, married, mestizo ethnicity, Catholics, no education, the age group included children, adolescents, young adults, and elderly, the main caregivers were parents and children, and a significant group did not have a social support program. The majority experience a physical disability with a percentage between 75 and 100% according to the CONADIS card, the range is from very severe to complete according to the qualification of disability of the Ministry of Public Health: According to Kolcaba's theory of comfort, in bedridden patients with disabilities, four dimensions were found and three types of comfort were identified; in the physical dimension, the predominant type of comfort is tranquility, in the psycho-spiritual and social dimension; transcendence prevails and in the environmental dimension, half of the patients have tranquility. Conclusion: Caregivers are indispensable in the life of disabled patients at home, and they should also be in optimal health conditions to continue with their daily care.

Keywords: Comfort, Caregiver, Disability, Bedridden patient.

Reviewed by Víctor Raúl Rodríguez Viteri

Juan de Velasco 2-39 entre Salinas y Juan Montalvo
062 997-800 ext. 7351 - 7354
Ibarra - Ecuador

gerencia@lauemprende.com
www.lauemprende.com
Código Postal: 100150

Anexo 4. Operacionalización de variables

Objetivo N° 1: Clasificar sociodemográficamente a la población de estudio							
Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo de variable	Escala	Pregunta	Instrumento
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioculturales que están presentes en una población sujeta a estudio, tomando en cuenta aquellas que puedan ser medibles.(51)	Sexo	Sexo	Cualitativa/Nominal	Masculino Femenino	¿Con que género se identifica?	Cuestionario
		Procedencia	Lugar de origen	Cualitativa/Nominal	Ecuatoriana Extranjera	¿Cuál es su Nacionalidad?	Cuestionario
		Edad	Años cumplidos	Cualitativa /Ordinal	De 0 a 9 años De 10 a 19 años De 20 a 64 años Mayor de 65 años	¿Cuál es su edad?	Cuestionario
		Estado civil	Estado civil	Cualitativa/Nominal	Casado Soltero/a Unido/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a	¿Cuál es su estado civil?	Cuestionario

		Etnia	Diversidad cultural	Cualitativa/Nominal	Mestizo Indígena Afroecuatoriano/a Blanco/a Montubio/a Otro	¿Con que etnia se identifica?	Cuestionario
		Escolaridad	Nivel de instrucción	Cualitativo/Ordinal	Preescolar Educación básica Educación media/bachillerato Superior Ninguno	¿Cuál es su nivel de instrucción?	Cuestionario
		Cuidador	Persona quien lo cuida	Cualitativa/Nominal	Cónyuge Hijo/hija Padre/madre Enfermera Auxiliar de enfermería Amigos	¿El cuidador del paciente es?	Cuestionario
		Programas	Programas que brindan ayuda	Cualitativa/Nominal	MIES Manuela Espejo Joaquín Gallegos Lara Ninguna	¿Está inscrito en algún programa de apoyo?	Cuestionario

Objetivo N° 2: Identificar el tipo de discapacidad de los pacientes encamados en el Sector El Priorato

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Escala	Pregunta	Instrumento
Discapacidad	La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define la discapacidad como un término genético que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. (24)	Discapacidad	Tipos	Cualitativa/Nominal	Auditiva Lenguaje Física Intelectual Múltiple Psicosocial Visual	¿Qué tipo de discapacidad indica el carnet de CONADIS?	Cuestionario
			Porcentaje	Cualitativa /Ordinal	De 75% a 85% De 86% a 95%	¿Cuál es el porcentaje de discapacidad?	Cuestionario

Objetivo N° 3: Determinar las necesidades físicas, psicoespirituales, ambientales y sociales que influyen en el confort de los pacientes encamados con el instrumento S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Escala	Pregunta	Instrumento
Confort	Deriva de la palabra inglesa confort y se refiere a todo aquello que produce comodidad y genera bienestar a la persona.(52)	Necesidad física	Relajación	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	1. Su cuerpo está relajado	S-GCQ General Comfort Questionnaire Spanish
			Ejercicio	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	2. No quiere realizar ejercicio 3. Se siente suficientemente bien como para caminar	
			Condición actual	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	4. Su condición actual le desmoraliza	
			Soporta el dolor	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo	5. Le resulta difícil soportar el dolor que siente	

					(3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	6. Puede superar su dolor	
			Hacer lo mejor	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	7. Intenta hacer lo mejor	
			Estreñimiento	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	8. Se encuentra estreñado	
			Salud	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	9. Se siente sano	
			Apetito	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	10. Tiene apetito	

			Cansancio	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	11. Se siente muy cansado	
			Encontrarse bien de nuevo	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	12. Siente que su familiar necesita encontrarse bien de nuevo	
		Necesidad psicoespiritual	Útil	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	13. Se siente útil porque se empeña en ello	
			Confianza	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	14. Se siente confiado	
			La vida vale la pena	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo	15. Siente que su vida vale la pena	

					(1) Totalmente en desacuerdo		
			Fe	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	16. Su fe le ayuda a no tener miedo	
			Miedo al futuro	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	17. Tiene miedo al futuro	
			Cambios en la vida	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	18. Ha experimentado cambios que le hacen sentir mal	
			Felicidad	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo	19. Se encuentra contento	

					(1) Totalmente en desacuerdo		
			Creencias	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	20. Sus creencias me hacen sentirse en paz consigo mismo	
			Control de sí mismo	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	21. Se siente fuera de control	
			Incomodidad	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	22. Se siente incómodo por no estar vestido	
			Paz	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo	23. Se siente en paz consigo mismo	

					(1) Totalmente en desacuerdo		
			Depresión	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	24. Se encuentra deprimido	
			Sentido a la vida	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	25. Ha encontrado un sentido a su vida	
		Dimensión ambiental	Intimidad	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	26. Tiene suficiente intimidad	
			Placer	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo	27. Siente que lo que le rodea es placentero	

					(1) Totalmente en desacuerdo		
			Descanso	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	28. Los ruidos no le dejan descansar	
			Soledad	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	29. No le gusta estar aquí solo	
			Miedo	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	30. Esta habitación le da miedo	
			Temperatura	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo	31. La temperatura de la habitación es la adecuada	

					(1) Totalmente en desacuerdo		
			Atmósfera	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	32. La atmósfera que le rodea le da ánimos	
			Comodidad	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	33. Su cama es muy incómoda	
			Vista agradable	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	34. Las vistas desde su habitación son agradables	
			Sus cosas están en su habitación	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo	35. Sus cosas se encuentran en su habitación	

					(1) Totalmente en desacuerdo		
			Fuera de lugar	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	36. En su habitación se siente fuera de lugar	
			Olor desagradable	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	37. Siente que en su habitación hay un olor muy desagradable	
			Orientación en su habitación	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	38. Le es fácil orientarse en su habitación	
		Dimensión social	Apoyo	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo	39. Cuando necesita ayuda, cuenta con personas que la dan	

					(1) Totalmente en desacuerdo		
			Dependencia	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	40. Tiene dependencia de otros	
			Fuerzas	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	41. El sentirse querido le da fuerzas	
			Comprensión	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	42. Nadie le comprende	
			Infelicidad	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo	43. Cuando esta solo no se siento infeliz	

					(1) Totalmente en desacuerdo	
			Cuidador	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	44. Hay una persona, en concreto, que le cuida
			Visitas medicas	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	45. Le gustaría ver a su médico más a menudo
			Amigos que están pendientes	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	46. Sus amigos se acuerdan de él, mediante cartas y llamadas telefónicas
			Información sobre su salud	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo	47. Necesita estar mejor informado sobre su salud

					(1) Totalmente en desacuerdo		
			Soledad	Cualitativa /Nominal	(4) Totalmente de acuerdo (3) Acuerdo (2) Desacuerdo (1) Totalmente en desacuerdo	48. Pese a estar aquí solo, no se siente solo	

Anexo 5. Galería Fotográfica



Anexo 6. Guía Educativa



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

GUÍA EDUCATIVA CON ESTRATEGIAS DIRIGIDAS A LOS CUIDADORES Y PACIENTES CON DISCAPACIDAD ENCAMADOS



AUTORA: CHACHALO CASTRO SOFIA IVONNE

DIRECTORA: KATTY-ELIZABETH CABASCANGO

IBARRA-2022