

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud**



*Una Institución Adventista*

**Características socio clínicas asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado  
en el Servicio de Neurocirugía en el Hospital Nacional Edgardo**

**Rebagliati Martins, diciembre 2017**

**Por:**

Libia Lourdes Aquino Valverde

Reina Marcela Romero Barja

Antony Litman, Chuchón Cordova

**Asesor:**

Dra. Irene Mercedes Zapata Silva

Lima, marzo de 2018

Área Temática: Ciencias del Cuidado de la Salud y Servicios

Línea de investigación: Gestión del Cuidado Enfermero e innovación tecnológica para el cuidado/Disciplina de enfermería.

Ficha catalográfica:

Aquino Valverde, Libia Lourdes

Características socio clínicas asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el Servicio de Neurocirugía en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, diciembre 2017./ Libia Lourdes, Aquino Valverde, Reina Marcela, Romero Barja, Antony Litman, Chuchón Cordova. Lima, 2018.

84 páginas: anexos, tablas

Trabajo de Investigación (2da Especialidad), Universidad Peruana Unión. Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrado, 2018.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Enfermería.

1. Características socioclínicas, 2. Nivel de comodidad 3. Neurocirugía.

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE ACADÉMICO

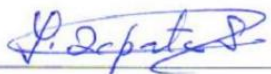
Yo IRENE MERCEDES ZAPATA SILVA, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: ***“Características socio clínicas asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el Servicio de Neurocirugía en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, diciembre 2017”*** constituye la memoria que presentan a la licenciada LIBIA LOURDES AQUINO VALVERDE, REINA MARCELA ROMERO BARJA y ANTONY LITMAN CHUCHÓN CORDOVA, para aspirar al título de especialista en enfermería en Neurología y Neurocirugía, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los trece días del mes de marzo de 2018.



---

Dra. Irene Mercedes Zapata Silva

Características socio clínicas asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el Servicio de Neurocirugía en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, diciembre

2017

## TRABAJO ACADEMICO

Presentado para optar el título profesional de especialista en enfermería en Neurología y Neurocirugía

### JURADO CALIFICADOR

  
Dra. María Ángela Paredes Aguirre  
Presidenta

  
Mg. Mary Luz Solórzano Aparicio  
Secretario

  
Dra. Irene Mercedes Zapata Silva  
Asesor

Lima, 13 de marzo de 2018

## Índice

Resumen.....	viii
Capítulo I .....	9
Planteamiento del problema.....	9
Identificación del Problema.....	9
Formulación del Problema .....	15
Problema general.....	15
Problemas específicos.....	16
Objetivos de la Investigación .....	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17
Justificación.....	18
Justificación teórica.....	18
Justificación metodológica.....	18
Justificación práctica y social.....	19
Presuposición filosófica.....	19
Capítulo II.....	21
Desarrollo de las perspectivas teóricas .....	21
Antecedentes de la investigación.....	21
Antecedentes Internacionales.....	21
Antecedentes Nacionales.....	29
Definición conceptual.....	35
Bases teóricas .....	36

El paciente adulto hospitalizado en Neurocirugía y las características Socio clínicas. ....	36
Diagnósticos de enfermería más frecuentes en el paciente del servicio de Neurocirugía. ....	41
Jerarquía de las necesidades del paciente según Maslow y su aplicación en enfermería neuroquirúrgica.....	45
La satisfacción de necesidades básicas: ciencia y arte del cuidado en el paciente del servicio de Neurocirugía. ....	47
La comodidad, aspectos generales.....	51
La comodidad en la perspectiva de Kolcaba y sus dimensiones. ....	53
Capítulo III.....	58
Metodología .....	58
Descripción del lugar de ejecución.....	58
Población y muestra .....	58
Población. ....	58
Muestra. ....	59
Criterios de inclusión y exclusión. ....	59
Tipo y diseño de investigación .....	59
Formulación de hipótesis.....	60
Identificación de variables.....	61
Operacionalización de variables.....	62
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	64
Cuestionario.....	64
Proceso de recolección de datos .....	64
Procesamiento y análisis de datos .....	65
Consideraciones éticas.....	66

Capítulo IV.....	67
Administración del proyecto de investigación.....	67
Cronograma de ejecución.....	67
Presupuesto.....	68
Referencias.....	69
Apéndice.....	74
Apéndice A. Instrumentos de recolección de datos.....	75
Apéndice B. Validez de los instrumentos.....	77
Apéndice C. Confiabilidad.....	78
Apéndice D. Matriz de datos.....	79
Apéndice D. Matriz de consistencia.....	80

## Resumen

Alcanzar la comodidad en el paciente durante el cuidado es de vital importancia en la práctica clínica para los profesionales de la salud, convirtiéndose entonces; en un elemento constitutivo del cuidado. El presente trabajo de investigación tiene el objetivo de determinar las características socio clínicas asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins. El estudio es de alcance descriptivo y correlacional, de diseño no experimental, de corte transversal. El tipo de muestreo será no probabilístico de tipo intencional. En el estudio participaran los pacientes hospitalizados que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. El instrumento consta de dos cuestionarios, la primera parte mide las características socioclínicas y la segunda contiene el cuestionario modificado de Kolcaba que consta de 28 ítems, validado por los autores con un nivel de significancia de  $p < 0.05$  (V de AIKEN 0.094), con un Alfa de Crombach 0,712. Los resultados del estudio permitirán identificar los comportamientos de mayor cumplimiento en el cuidado profesional, que representan las fortalezas percibidas por el paciente. Asimismo hará posible detectar puntos críticos en la oferta de calidad desde una perspectiva multidimensional y no solo en la esfera física o biológica; un conocimiento más amplio de la comodidad percibida por el paciente neuroquirúrgico y sus características socio clínicas predominantes, facilitando el reconocimiento de las oportunidades de mejora en la ejecución de nuevas formas de cuidar, que respondan a la integralidad del cuidado propias de la concepción holística de la persona como sujeto del cuidado.

**Palabras clave:** Características socioclínicas, Nivel de comodidad, Neurocirugía.



## Capítulo I

### Planteamiento del problema

#### Identificación del Problema

La comodidad es un deseo vital del ser humano; para toda persona que goza de salud, es innato buscar en las diversas situaciones de la vida, aquellas condiciones agradables para permanecer en un determinado ambiente, experimentar sensaciones placenteras a nivel corporal, desempeñar actividades en condiciones higiénicas y en orden y tener en consecuencia, el equilibrio necesario para disfrutar plenamente la libertad, la presencia de otras personas, consagrarse al trabajo u otros proyectos experimentando bienestar, seguridad y ausencia de estrés, entre otros aspectos Nightingale, Henderson y Leininger, Raile y Marriner, (2011). La comodidad como necesidad espontánea de la persona es dinámica y permanente, cambia de acuerdo al contexto de vida, nivel socioeconómico, entorno político, acceso a la educación y tipo de ocupación que se realiza, en la medida que la existencia fluye de manera diferenciada según las características del individuo y el entorno en el que se desenvuelve.

A lo largo del proceso de crecimiento y desarrollo, la percepción de comodidad y su efecto contrario varía con la edad; en la etapa infantil esta necesidad básica es abordada por los padres; conforme la persona se desarrolla y educa aprende a usar sus capacidades a fin de procurarse las condiciones para desenvolverse en un entorno armonioso y seguro, el mismo que varía de acuerdo a los intereses de la edad, aspectos socioculturales de la vida familiar donde se vive y en donde se forjan las aspiraciones individuales del grado de comodidad deseable, entre la jerarquía de necesidades de los seres humanos (Papalia, 2005 y Maslow citado por Gibson, Ivancevich y Donnelly, 2004). En la vida adulta, el nivel socioeconómico ligado al tipo de

ocupación elegida, condicionan de algún modo las experiencias deseadas y alcanzadas en materia de seguridad.

La comodidad, como elemento esencial del cuidado ha evolucionado notablemente desde las concepciones iniciales en la historia de la profesión, donde el énfasis estuvo en la valoración de la importancia de la higiene, el orden, la seguridad y la preocupación por los cambios posturales unidos al mantenimiento de condiciones idóneas de ventilación e iluminación, expresadas por Nightingale: “Enfermería es poner al hombre en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él” (Castrillón, 1996), argumenta sobre algunos aspectos preventivos y promocionales que genera la comodidad sobre la salud y contiene además la necesidad de crear condiciones para favorecer el proceso de recuperación.

La necesidad de comodidad como elemento constitutivo del cuidado, está presente a lo largo de varias décadas del siglo pasado en las propuestas de un sin número de teóricos y adquiere un sentido particular y amplio en la teoría de Kolcaba Raile y Marriner, (2011). Aporte de especial interés por considerar la comodidad no solo como el conjunto de medidas destinadas a incrementar la sensación de confort, sino que extiende la necesidad de valorar y asegurar la comodidad en el cuidado, en las dimensiones física, sociocultural, psicoespiritual y ambiental; elementos compatibles con una visión holística e integradora del ser humano según Waldow (2008).

El enfoque multidimensional de la comodidad desde la visión de Kolcaba, es inherente al desarrollo de la disciplina del cuidado y se lleva a cabo en el marco de las tendencias mundiales en los estilos de vida de los usuarios del sistema de salud en el siglo XXI, quienes forman parte de la sociedad del bienestar según Vidal (1,999), por el que se aspira al empoderamiento de las organizaciones ciudadanas para lograr un bienestar cosmopolita; igualmente para Barriga y

Trujillo (2004) la población en general, aspira cada vez más a disfrutar de mejores condiciones tanto en los espacios de vida saludable como cuando existen déficit de salud, desde una perspectiva del derecho, por ser también la comodidad un valor preponderante en la sociedad actual (Mezones et al., 2016). La Superintendencia de Salud en el Perú, es responsable de velar por el cumplimiento de los Derechos del usuario en salud, incluyendo una serie de aspectos relacionados con la estructura física de las instituciones prestadoras de servicios de salud, elementos de la interacción con el usuario y aspectos del confort o entorno donde el paciente recibe el cuidado, que en esencia, forman parte de la valoración de la calidad de los servicios de salud.

Las necesidades de comodidad durante la hospitalización se incrementan notablemente; los cambios a nivel de la capacidad para cuidar de sí mismo en las actividades de la vida diaria pueden verse interferidas en diferente magnitud y significado. En los diferentes estadios de las enfermedades o efectos de lesiones traumáticas o degenerativas, existen en común alteraciones en el bienestar, alejamiento de la familia, preocupación por el diagnóstico y pronóstico, tensión e incertidumbre, unidos a la sensación de estar solo y tener dificultades para adaptarse a una situación que compromete la totalidad del ser y no solamente determinados órganos, tejidos o sistemas (Hurst, 2013).

A nivel mundial, diversos investigadores, bajo el marco de la evaluación de la calidad, identifican de manera directa e indirecta, indicadores vinculados a la preocupación por la comodidad. En Colombia, Moreno et al.(2015), bajo la óptica de la Omisión en la atención prestada al paciente hospitalizado, encontraron mayores omisiones en la satisfacción de necesidades individuales como el apoyo emocional para el paciente y familia (21.3%), baja planificación de la educación sobre la enfermedad y las pruebas diagnósticas y al alta (5.7%) así

como menos intervenciones en atenciones básicas para el cuidado de la cavidad oral (32.1%), el apoyo a la deambulaci3n (42%) y la ayuda en los cambios posturales (17%) que constituyen elementos significativos para la comodidad de la persona; fueron pacientes a predominio de mujeres (55%), con un 50% de educaci3n a nivel profesional (46,3%).

La preocupaci3n por la comodidad en el cuidado, ha sido materia de estudios en el 3mbito multidimensional planteado por Kolcaba. As3, en la dimensi3n f3sica Carvajal y Ram3rez (2015) a partir de una revisi3n sistem3tica identificaron el modo como las enfermeras a trav3s de cuidados b3sicos como la higiene proveen comodidad, a pesar de existir una delegaci3n de estas estrategias o considerarlas de menor valor en el proceso de cuidados. De Azevedo y Silva (2015), encontraron que entre las diversas pr3cticas ante necesidades de comodidad de los pacientes, el 47% de los estudios corresponden al aspecto f3sico. Guevara y Laverde (2014) explican que ante la necesidad de la higiene personal en pacientes postrados, la realizaci3n del ba1o del paciente en cama, bajo criterios de planificaci3n horaria, ambiente privado, de manera respetuosa y delicada, es una forma concreta de dar la comodidad que el paciente necesita.

Desde un enfoque cualitativo, Guill3n y Cantuarias (2010) identificaron categor3as vivenciales de resultados, de car3cter psicoemocional y social; principalmente sentimientos de tristeza, soledad y temor a morir; la experiencia de estar hospitalizado compromete la intimidad, autonom3a y forma de vida a la que el paciente est3 acostumbrado, cambios que sumados a la necesidad de pruebas diagn3sticas y alternativas terap3uticas, conducen al paciente a sentirse vulnerable y tenso por no sentir seguridad en las decisiones a tomar ni c3modo con las personas del ambiente hospitalario con quienes debe compartir su estancia. El trato del personal y la informaci3n que requiere sobre su situaci3n, ocupan tambi3n espacios significativos en la

percepción de incomodidad que la sintetizan en la expresión “Experiencia de hospitalización desagradable”.

La dimensión psicoespiritual de la comodidad, abordada por Uribe y Lagoueyte (2014) es comprendida como una forma de ayudar al ser humano, quien en situación de enfermedad, experimenta dolor, sufrimiento y angustia junto a la sensación de desesperanza; afirma que cuando se acompaña con desvelo, se escucha sin interrumpir y se brinda proximidad al paciente a quien se observa en su silencio o comprende ante manifestaciones de llanto, es seguro que la enfermera en el cuidado brindado, está proporcionando el bienestar y sosiego, que está necesitando. Para Nava (2010) el contacto físico, las palabras de aliento y el afecto, van ligados al valor del paciente como un ser semejante que necesita alivio, tranquilidad o lo que es igual, ayuda para hacer menos cruel el sufrimiento, las preocupaciones y ayudarlo a encontrar un sentido a su vida.

Hernando, Ferrer, Viñuelas M y Viñuelas Y (2015) del mismo modo que López (2011) señalan la importancia que tiene para los pacientes el exceso de ruido que perciben y que les impide el descanso adecuado; se destaca la necesidad del confort térmico en especial cuando necesita permanecer hospitalizado y en reposo absoluto; Ballesteros (2010) argumenta que la iluminación adecuada puede influenciar en el estado de ánimo del paciente y éste a su vez, en el proceso de recuperación.

Respecto a la comodidad en pacientes con afecciones neurológicas y neuroquirúrgicas, los estudios realizados son escasos, enfatizando que aún no se concede la importancia suficiente a la comodidad como una realidad directa e indirectamente relacionada con los efectos de la enfermera o los accidentes, constituyendo experiencias que atraviesan la esfera física y emocional, las interrelaciones, el bienestar espiritual y adaptación al ambiente. Uribe, Torrado y

Acevedo (2012) encontraron percepción de comodidad en el nivel de tranquilidad en las dimensión psicoespiritual, ambiental y sociocultural, que representan un escalón mayor al mero alivio; mientras que en la dimensión física fue tan buena la percepción de comodidad, que alcanzó el nivel de trascendencia que expresa que los cuidados brindados al paciente neuroquirúrgico durante la hospitalización, le permitieron superar la experiencia de dolor y malestar y situarse por encima de ellas, con gran potencial para afrontar favorablemente el proceso recuperativo.

En este grupo de pacientes neuroquirúrgicos, la estancia fue no menor de 5 días, con predominio del sexo masculino y edades comprendidas entre los 35 a 39 años de edad, comprobando también que la estancia prolongada no modifica la percepción de calidad por cuanto se dispensaron cuidados que ofrecieron la comodidad requerida por el paciente.

En el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins, el servicio de neurocirugía alberga pacientes hospitalizados por afecciones que comprometen el encéfalo, generalmente por neoplasias, traumatismos, aneurismas, entre otros; enfermedades o lesiones de columna vertebral que abarcan estructuras óseas y medulares en su mayoría, tales como espondilolistesis, hernia del núcleo pulposo, lesiones medulares traumáticas, infecciosas o degenerativas y pacientes con afecciones Neurovasculares en menor frecuencia. Estos pacientes presentan como denominador común para el cuidado de enfermería, problemas de deterioro de la movilidad física, déficit de autocuidado, ansiedad, deterioro del patrón del sueño, alteraciones en la eliminación urinaria, estreñimiento, baja autoestima y aun, sentimientos de angustia, desesperanza y pérdida del sentido de la vida, según la magnitud de la enfermedad y las expectativas a futuro (Le Mone y Burke, 2009).

Durante la experiencia en el cuidado del paciente hospitalizado en el servicio de neurocirugía, se ha recibido algunos reclamos del paciente y sus familiares por la desinformación respecto al momento en que concluida una prueba diagnóstica, deben ser acompañados en su retorno al servicio (Buzón de reclamos del servicio); la falta de individualidad al recibir visitas o ser examinado físicamente. Algunos pacientes han expresado su incomodidad por ser trasladados de un ambiente semiprivado a un ambiente más compartido con otros pacientes, especialmente cuando algunos de ellos, se ven en una situación de salud más delicada y el movimiento del personal o el encendido de las luces impiden la continuidad de su descanso. Retrasos tangibles en la limpieza de las habitaciones tras incidentes no previstos y la falta de atención a los detalles personalizados para evitar caídas al paciente, son algunas de las situaciones que pueden contener aspectos importantes respecto a la comodidad del paciente y sus efectos en el proceso de recuperación. Al no haberse realizado estudio alguno directamente relacionado con la valoración de la comodidad del paciente y las características sobre el grado de escolaridad, ocupación y otros aspectos clínicos del paciente en el servicio de neurocirugía, surgió el interés por llevar a cabo el estudio que contempla la interrogante central.

## **Formulación del Problema**

### **Problema general.**

¿Cuáles son las características socioclínicas asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en Lima, setiembre-diciembre, 2017?

**Problemas específicos.**

¿Cuáles son las características socio clínicas predominantes: escolaridad, ocupación, diagnóstico y tiempo de enfermedad de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?

¿Cuál es el nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones física, sociocultural, psicoespiritual y ambiental en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?

¿El grado de escolaridad se asocia al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión física y social en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?

¿La ocupación se asocia al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión física y social en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?

¿El tipo de diagnóstico se asocia al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión psicoespiritual y ambiental en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?

¿El tiempo de enfermedad se asocia al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión psicoespiritual en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?



## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General.**

Determinar las características socio clínicas asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

### **Objetivos Específicos.**

Identificar las características socio clínicas del paciente hospitalizado según grado de escolaridad, ocupación, diagnóstico y tiempo de enfermedad en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Determinar el nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones física, sociocultural, psicoespiritual y ambiental en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Determinar si el grado de escolaridad está asociado al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión física y social en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Determinar si la ocupación está asociada al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión física y social en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Determinar si el tipo de diagnóstico está asociado al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión psicoespiritual y ambiental en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Determinar si el tiempo de enfermedad está asociado al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión social y psicoespiritual en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

## **Justificación**

### **Justificación teórica.**

Es conveniente realizar el presente estudio, porque la práctica del cuidado de enfermería expresa legitimidad social, en la medida que satisface las necesidades básicas del ser humano. No existiendo estudios previos sobre la comodidad percibida por el paciente en el servicio de neurocirugía y siendo un valor preponderante para la garantía de la calidad que amerita el usuario en la dimensión del entorno, la comodidad o las facilidades, el estudio a realizar permitirá ampliar, actualizar, complementar o ratificar la vigencia del actual marco teórico sobre las intervenciones de la enfermera que aseguran percepción favorable de confort desde la perspectiva del paciente, en un servicio de alta demanda para la totalidad de la persona y relevante por tanto, para la especialidad en Enfermería neurológica y neuroquirúrgica, que oriente positivamente una visión reduccionista del cuidado.

### **Justificación metodológica.**

Las técnicas e instrumentos desarrollados en el estudio, validados en el contexto local del país, serán referente para estudios similares y de alcance correlacional y analítico más amplios en el futuro.

### **Justificación práctica y social.**

Los resultados obtenidos permitirán identificar los comportamientos de mayor cumplimiento en el cuidado profesional, que representan las fortalezas percibidas por el paciente. Asimismo hará posible detectar puntos críticos en la oferta de calidad desde una perspectiva multidimensional y no solo en la esfera física o biológica; un conocimiento más amplio de la comodidad percibida por el paciente neuroquirúrgico y sus características socio clínicas predominantes, facilitará el reconocimiento de las oportunidades de mejora en la ejecución de nuevas formas de cuidar, que respondan a la integralidad del cuidado propias de la concepción holística de la persona como sujeto del cuidado. La realización del estudio lleva también el potencial de generalizar la aplicabilidad de sus supuestos a un mayor número de pacientes.

La relevancia social del estudio, radica en que la comodidad es elemento base de la calidad de vida relacionada con la salud y expresión del cuidado humanizado; al evaluar la comodidad y satisfacción del paciente, se está en camino de elaborar planes de mejora a corto y mediano plazo para influir favorablemente en la recuperación del paciente.

### **Presuposición filosófica**

Se parte del reconocimiento de la presencia de Dios en el mundo, de manera omnipotente y eterna, quien por tener vida por sí mismo y haber dado impulso al ser humano en el universo, habita en todos los espacios de la tierra y no se fatiga ni se cansa (Isaías 40:28-31). Sin embargo en la inmensidad de su entendimiento sabe de nuestra finitud y contingencias, conoce la vulnerabilidad del paciente y la enfermera, señalando pautas de acción para mantener la confianza en su Divina Providencia: “Cuando pases por las aguas, estaré contigo y los ríos no te anegarán; cuando pases por el fuego, no te quemarás ni la llama te abrasará” (Isaías 43:2)

Todo cuanto existe en el universo se nos ha concedido generosamente por el Señor para hacer el mejor uso de él, en consecuencia el cuidado de enfermería ha de realizarse poniendo en juego todo el saber y las habilidades en una generosa entrega de afecto, proximidad, respeto a la privacidad, creencias y costumbres de la persona, cuidando que en su entorno de cuidado exista calma, higiene, acceso a la naturaleza y a los medios que permitan el confort del espíritu y optimizar la estancia hospitalaria como una oportunidad de renovar nuestra fe y esperanza.

“Gritad de júbilo, porque el Señor ha consolado a su pueblo y de sus afligidos tendrá compasión”

(Isaías 49:13)

## Capítulo II

### Desarrollo de las perspectivas teóricas

#### Antecedentes de la investigación

##### **Antecedentes Internacionales.**

Luego de una exhaustiva búsqueda bibliográfica y de literatura relacionada directamente con el objeto del estudio, se encontró reportes en las mismas líneas de la multidimensionalidad de la comodidad según Kolcaba y otros que contienen algunas dimensiones de la comodidad bajo enfoques cualitativos que por su naturaleza son espontáneos y holísticos y otros cuyo contenido se encuentra en la evaluación de la calidad de los servicios en la dimensión del confort. Entre ellos:

Gómez, Díaz y Cortez (2015). Cuidados de enfermería basados en evidencia y el Modelo de Betty Neuman para control de los estresores que pueden ocasionar delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos adultos del Hospital Universitario de Neiva-Bogotá. Considerando que el paciente en Neurocirugía puede experimentar cambios neurológicos y sufrir estados de confusión, se recolectó información pertinente del presente estudio, compatible con la dimensión ambiental de la comodidad debido a la exposición a alteraciones de la conciencia y disminución para prestar atención a cambios variados en el entorno del cuidado. El objetivo del estudio consistió en determinar la efectividad de los cuidados aplicados, según la Guía de enfermería elaborada con evidencia y basada en el Modelo de Betty Neuman, para controlar los estresores del entorno que pudieran ocasionar delirium, una alteración del estado de conciencia que limita totalmente el logro de la comodidad ambiental y psicoespiritual. Con el método cuantitativo en un diseño pre experimental, se aplicó la guía de cuidados de enfermería en una muestra de 49 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio simple, con pre y post prueba. La pertinencia del

estudio se sustenta en la presencia de múltiples estresores en el ambiente hospitalario, los ruidos producidos por los equipos en movimiento, las conversaciones del personal y los pacientes, los altoparlantes del hospital, el uso de alarmas en las bombas de infusión o monitores, que pueden impedir el descanso y alterar el sueño, tanto como la iluminación excesiva. La hipótesis principal consistió en comprobar que la proporción del delirium en pacientes intervenidos con la guía de cuidados de enfermería es menor que la proporción de delirium existente en adultos del hospital Universitario de Neiva. La guía tuvo en cuenta el control de estresores ambientales, ruido y luz artificial de día y de noche a fin de que los pacientes se sientan en un ambiente familiar y agradable, que les permita descansar cómodamente, se intervino mediante orientación sistemática al paciente respecto a las características de su habitación, horarios de visita, y otros aspectos administrativos, cambios posturales, visitas frecuentes para verificar su situación y despejar dudas; mantenerlo en alerta respecto a tiempo y espacio, disminuir al máximo la cantidad de luz, evitar hablar en voz alta y disminuir el volumen de las alarmas; luego de 5 días se aplicó la post prueba a través del software EpiInfo 3.2.3 y Stata v.10, concluyendo que la aplicación de la guía fue efectiva al lograr evitar el delirium en el 94% de los pacientes; se mostró una incidencia acumulada de 6.12 casos por 100,000pacientes intervenidos proyectado en la curva de Kaplan-Meir y según la prueba de hipótesis de proporciones  $Z_{0.05} = -1.65$ , se demostró que la presencia del delirium fue significativamente menor a la del 2011 (28%).

Gonzáles, Montalvo y Herrera (2014). En la investigación Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio en Cartagena, Colombia; con el objetivo de asociar los factores sociodemográficos a las dimensiones de la comodidad física, social, psicoespiritual y ambiental de los pacientes hospitalizados en las Unidades de cuidado Intensivo e Intermedio de cuatro instituciones de la ciudad de Cartagena, realizaron un estudio

descriptivo, analítico y transversal en una muestra de 160 pacientes; aplicaron un cuestionario para medir las variables sociodemográficas y el cuestionario general de comodidad de Kolcaba. El análisis estadístico de tipo descriptivo y la prueba de regresión logística, permitieron obtener entre los principales resultados, que el 57,5% de los participantes fueron damas con 51,7% de edad promedio, con pareja estable el 76,9%, grado de escolaridad secundaria en el 43.4%. Respecto a la comodidad como variable central fue predominante el nivel de trascendencia que es el más alto, en las dimensiones social, psicoespiritual y física, mientras que en la dimensión ambiental, el confort alcanzado fue en el nivel de tranquilidad. Las autoras encontraron asociación entre las dimensiones física, social y ambiental con la característica de pertenecer a un estrato socioeconómico mayor y contar con estudios secundarios a superiores; la dimensión espiritual no presentó asociación alguna con los factores sociodemográficos. Concluyeron que los pacientes hospitalizados en Cuidado Intensivo e Intermedio con mayores recursos socioeconómicos presentaron menos probabilidad de sentir comodidad durante su hospitalización, especialmente en las dimensiones ambiental y física. En la dimensión social, se encontró que los pacientes con mayor educación tuvieron mayor probabilidad de sentirse cómodos.

Lenis CA y Manrique F. (2014). Calidad del cuidado percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla-Colombia. Valorando que la comodidad abarca la dimensión sociocultural y dentro de ella el papel que juega la información para el usuario, el hacerlo sentir como en familia y el respeto a su intimidad, se recolectó información pormenorizada del presente estudio, el mismo que tuvo el objetivo de determinar la calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva del paciente hospitalizado. En un estudio de tipo descriptivo, transversal y una muestra de 147 pacientes, luego de aplicar un instrumento que

valora fundamentalmente las dimensiones de experiencia y satisfacción, se precisa entre los resultados, que hubo una satisfacción del 84.4% en la forma que las enfermeras lo hicieron sentir como en su casa; el 85,8% de satisfacción con la información brindada a sus familiares; 91% de satisfacción con el grado de intimidad que le proporcionaron las enfermeras; 88,4% de satisfacción con la cantidad de tiempo que las enfermeras pasan con el paciente; asimismo el 78,9% de satisfacción con el número de enfermeras que conocían sus cuidados. Los autores solo encontraron asociación entre las variables y el sexo del paciente, más no respecto a otras variables sociodemográficas. Se concluye que, la percepción positiva de este grupo de pacientes indica que los componentes señalados contribuyen a una valoración positiva de la calidad del servicio brindado por la enfermera, siendo en promedio 93,2% para la experiencia en el cuidado y 78,12% para la satisfacción.

Müggeenburg, Olvera, Riveros, Hernández y Aldana (2014). Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida con pacientes como resultado de un entrenamiento en un hospital público de Tercer Nivel de atención en México. Teniendo como premisa que la comunicación en sus diversas formas es una variable vital en la dimensión social de la comodidad como parte de la calidad asistencial; el estudio tuvo como objetivo, comparar la autoevaluación de un grupo de enfermeras respecto a la comunicación con sus pacientes como resultado de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. Según el método descriptivo comparativo y analítico, aplicó el test de Autoevaluación de la forma de comunicación de las Enfermeras con los Pacientes (ACEP), en una muestra de 14 enfermeras antes y después de un Programa de entrenamiento en habilidades de comunicación. El ACEP evalúa comportamientos verbales y no verbales sobre empatía y respeto en una escala entre 1 y 5, a mayor puntuación, mejor comunicación. Luego de analizar los datos mediante las pruebas estadísticas de Wilcoxon



para comparar resultados pre y post entrenamiento, t de Student y Fisher para comparar grupos de edad, antigüedad laboral y escolaridad; se encontró entre los principales resultados que, los comportamientos que mostraron diferencias significativas entre la pre y la post evaluación en la comunicación, fue el “uso de palabras de ánimo para motivar a los pacientes” y el indicador “los apapacho para animarlos”, que indican la presencia de afecto e infundir ánimo para lograr que el paciente se sienta cómodo, bien consigo mismo. El indicador que alcanzó menor puntaje corresponde al respeto “los escucho aun cuando tengo mucho trabajo”. Los resultados en la pre prueba alcanzaron una media de 41.38 y en la post prueba, 45.85, es decir una diferencia de 4.47 a favor de la intervención con un valor  $p= 0,004$ . La comparación de resultados por edad, escolaridad y antigüedad laboral no mostró diferencias significativas.

Uribe A, Torrado IC y Acevedo YJ. (2012). Efectuaron el estudio Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía del Hospital Universitario Erasmo Meoz en Colombia. El objetivo fue determinar el confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía del citado hospital; mediante el método descriptivo transversal en una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 10 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, aplicaron los instrumentos sugeridos por Katherine Kolcaba validados como aplicación de su teoría de mediano rango. El cuestionario de valoración verbal midió la percepción de comodidad total de los pacientes con 11 ítems en una escala de 0-10 donde 10 es la máxima puntuación. El segundo cuestionario llamado Cuestionario general de Kolcaba, consta de 48 ítems y mide las cuatro dimensiones de la comodidad que constituyen la estructura taxonómica de la autora del instrumento (GCQ). Kolcaba destaca que la complejidad del ser humano amerita valorar la comodidad de manera multidimensional, por ello además de medir el confort por dimensiones, en cada dimensión mide los diversos niveles o tipo de confort

alcanzado por el paciente, desde el mero alivio hasta el logro de tranquilidad y la trascendencia. En el estudio se logra identificar entre los resultados que, el 30% de los participantes refieren un confort bastante alto y alto; a mayores días de estancia hospitalaria el paciente evidencia mayor grado de confort. Por los resultados obtenidos, concluyeron que la respuesta total de comodidad de los pacientes según la escala verbal de Kolcaba evidencia una experiencia de comodidad óptima de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía en cuatro dimensiones y niveles de la comodidad. Respecto al cuestionario general de comodidad, acerca de la relación entre los días de estancia y la comodidad, se evidenció mayor grado de confort a mayor estancia hospitalaria, muy contrario a la hipótesis inicial que consideraba que a mayor estancia el confort sería menor, indicando que cuando las intervenciones de confort son eficaces, el confort aumenta en los pacientes. Las mayores necesidades de comodidad en orden de prioridad, fueron en el contexto físico, social, ambiental y psicoespiritual.

En esta muestra, el 90% de los pacientes hospitalizados fueron hombres y solo el 10%, mujeres; el 40% estuvo en el rango de edades entre 35-39 años, 20% entre 25-29 años; el 10% entre 20-24 años. Respecto a la estancia, el 40% tuvo una estancia entre 5-9 días; el 20% entre 10-14 días; 10% entre 15-19 días, el 10% entre 25-29, 10% entre 30-34 días y el 10% restante entre 35-40 días. Las patologías motivo de la hospitalización en orden de mayor a menor, fueron: lesión ocupante del espacio (2pac), radiculopatía (1pac), post operado de laminectomía (1pac), post operado de drenaje de hematoma (1pac), malformación arteriovenosa (1pac), aneurisma (1pac), infección de herida quirúrgica (1pac), fractura de C2 inestable (1pac) y fractura de L1 (1pac).

Guevara M y Laverde O. (2014). Aplicación de la Teoría de la comodidad en el baño en cama. Servicio de hospitalización de la Clínica Universidad de La Sabana en Colombia. Con el

objetivo de aplicar los conocimientos de las teorías de rango medio y en especial la de Kolcaba en la práctica asistencial, en el marco del desarrollo de la asignatura de gestión del cuidado de la Maestría de enfermería de la Facultad de Enfermería y rehabilitación; teniendo el propósito de promover la comodidad al realizar un cuidado básico como el baño del paciente en cama.

Estudio de enfoque cualitativo del tipo investigación Acción, empleando la teoría de mediano rango de Kolcaba. Participaron 4 profesionales de enfermería de los diferentes turnos de hospitalización y el estudio se desarrolló en 3 fases: planeación, ejecución y evaluación, durante los meses de agosto a octubre del 2010; en la primera fase se encontró desconocimiento de las enfermeras en la identificación de necesidades de comodidad del paciente durante el baño en cama; las profesionales describieron las fuentes que dificultan esta actividad, afirmando aspectos relacionados con cambios hemodinámicos durante el baño, el olor y dolor que algunas enfermedades producen, el pudor vulnerado en pacientes del sexo contrario; las características poco adecuadas del espacio para realizar el baño, los hábitos higiénicos del paciente y el contexto cultural para el aseo de ciertas partes corporales; señalando también entre las intervenciones más frecuentes usadas por las enfermeras para realizar el baño en cama, el procedimiento de alivio del dolor, medidas de relajación del paciente, masaje suave al terminar mientras se hidrata la piel, cambio de ropa, tendido de cama con ropa limpia y curación de heridas. Luego de la participación de las profesionales en talleres de formación específica, se logró que hubiera una disposición diferente, pasar del desconocimiento del referente teórico que sustenta la práctica y un abordaje intuitivo, a la convicción de la necesidad de abordar sus intervenciones con una herramienta sólida como la teoría de Kolcaba que les permita situar la comodidad más allá de la ausencia de grandes molestias, sino en el contexto donde es posible avanzar desde el alivio, la consecución de la calma y el sosiego hasta lograr que el paciente se

ubique por encima del dolor y las molestias para encontrar en la hospitalización actual, una oportunidad de crecimiento, paz y bienestar.

Nava G. (2010) en un Estudio de caso utilizando el instrumento de Kolcaba, tuvo el objetivo de determinar el grado de comodidad de la persona hospitalizada y como la familia aplica medidas necesarias en el servicio de neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y neurocirugía en el año 2007, Iztapalapa- México. Utilizó el método el Estudio de caso bajo los lineamientos del Proceso de Enfermería; la muestra fue de un paciente con diagnóstico de Meningioma grado I y su familia procedente de la colonia estrella del Sur en Iztapalapa D.F, entre ellos padre, madre y dos hijos de 25 y 24 años, de sexo masculino y femenino respectivamente. La autora utilizó el instrumento validado de Kolcaba producto de la teoría de mediano rango con la hipótesis siguiente: la intervención educativa de la enfermera hacia el familiar del paciente que enfrenta un proceso neuroquirúrgico influye de manera positiva para mejorar el confort y la calidad de vida. A tal fin, luego de educar a los familiares para satisfacer las necesidades de compañía, contacto físico, comunicación, palabras de aliento, hacerles ejercicios mientras ven televisión y realizar la higiene de manos después de ayudar al paciente en los cambios posturales, midieron los resultados ayudados por una guía de confort, aplicó el instrumento de evaluación de la comodidad antes y después de que el paciente sea intervenido, concluyendo a través de la interrelación con el paciente y familiares, que la familia está en capacidad de asumir algunas responsabilidades en el cuidado cómodo del paciente, ayudándolo a afrontar la crisis que representa la enfermedad, favoreciendo un cuidado más humano y holístico en los hospitales, siendo la enseñanza que brinda la enfermera, un medio para que junto con la familia, se brinde el apoyo necesario para fortalecer el cuidado y la evolución del tratamiento que necesita el paciente en esta especialidad.

Mejía ME. (2008). Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad en Medellín-Colombia. De enfoque cualitativo, con el objetivo de comprender el significado del cuidado de enfermería para los pacientes, realizó una investigación mediante el método fenomenológico según el abordaje de Colaizzi, que permitieran interpretar las construcciones de 10 pacientes de Instituciones públicas y privadas de II y III nivel de complejidad, cuyas edades oscilaron entre 40-69 años, voluntarios para participar en el estudio. El instrumento fue una entrevista semiestructurada previa firma del consentimiento informado, encontrando entre las categorías emergentes de los resultados que, “los cuidados devuelven la vida y la salud perdidas” al sentirse apoyados, tratados con amabilidad y familiaridad; el confort que experimentaron al sentirse bien cuidados, les ayudó a mantener las expectativas de recuperación. Experimentaron que les fue transmitido el entusiasmo en momentos difíciles de su enfermedad; que les fue posible mantener relaciones sociales para expresar sus sentimientos; se sintieron acompañados en ausencia de sus familiares. Las expresiones “las enfermeras nos están viendo desde que amanece” “se dedican desde hacer la cama para que estés cómodo, hasta cuando necesitas una pastilla”, el trato es “con delicadeza”. Concluye en las consideraciones finales que, las categorías identificadas corresponden a la interacción paciente enfermera, con reciprocidad, ellos requieren recuperar la homeostasia morfofisiológica, satisfacer necesidades sociales y espirituales y la enfermera facilita este proceso con afecto y dedicación.

### **Antecedentes Nacionales.**

A nivel nacional no existen investigaciones realizadas hasta la fecha utilizando las dimensiones de la comodidad abordadas por Kolcaba, se tomó en cuenta estudios que de manera indirecta evalúan la dimensión social de la comodidad en los aspectos de calidad interpersonal y

la dimensión ambiental contenida en la evaluación de confort con el entorno en las investigaciones sobre calidad con la atención-cuidado de enfermería.

El Ministerio de Salud-Oficina de Gestión de la Calidad. (2016). En el Informe de encuesta de satisfacción en servicios de hospitalización. Primer Semestre 2016. Hospital Santa Rosa-Lima. Con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción del usuario con la calidad de la atención brindada, en un estudio descriptivo y transversal, aplicaron la encuesta Servqual que consta de 44 ítems divididos entre expectativas y percepciones, en las que mide cinco dimensiones que se relacionan con la percepción de comodidad del paciente: la fiabilidad que incluye la privacidad; la seguridad, la empatía, la capacidad de respuesta y los aspectos tangibles. La muestra fue de 2,244 pacientes en total. En cuanto corresponde a los aspectos ambientales contenidos en la dimensión de la fiabilidad, el 39.2% de los pacientes hospitalizados estuvo satisfecho con la limpieza y comodidad de los ambientes del servicio donde estaban hospitalizados; el 47.1% estuvo satisfecho con la percepción de descansar en una cama con colchón y ropa adecuados. Asimismo el 60.8% estuvo satisfecho con las informaciones médicas sobre su problema de salud, resultados de laboratorio y la medicación recibida; el 62.7% está satisfecho con el respeto a su privacidad; pudiendo apreciarse que los indicadores de orden e higiene están en alerta roja por estar muy por debajo del 50% y los demás indicadores de satisfacción no llegan ni al 70%. Resultados que sugieren la conveniencia del estudio para la retroalimentación del personal y el establecimiento de planes de mejora. Este informe no precisa detalles sobre las características sociodemográficas de los pacientes de la muestra.

El Seguro Social de Salud (2015) en el Informe de la Encuesta Nacional Socioeconómica de acceso a la salud de los asegurados de EsSalud, informa sobre el conocimiento y realización de los derechos y visión de los asegurados sobre los Servicios de Seguridad Social en el Perú. Es

resultado de un estudio descriptivo transversal realizado durante el Primer trimestre 2015 en una muestra de 25,000 viviendas a nivel nacional, que ofrece información de 29 redes y 200 centros asistenciales, con un nivel de confianza del 95%. Los pacientes que responden la encuesta oscilan entre 16-54 años, requirieron hospitalización en un 4.9% y tratamiento quirúrgico en un 2.8%. Los accidentes de trabajo representan el 5% y las complicaciones señaladas fueron infecciosas en el 3.8% y caídas el 2.4% del total de complicaciones (8.7%). Precisaron que del 49.1% de pacientes que no confía en la atención de EsSalud, el 45.7% es por maltrato y el 82.4% por tiempo de espera prolongado para satisfacer necesidades relacionadas con su problema de salud. Señalan una estancia de 2-5 días en el 11.9% y de 6 a más días en un 4.4%. Los resultados sugieren oportunidades de mejora significativas para enfermería en cuanto a trato y cuidados integrales, siendo la calificación global del servicio hospitalario de 14:20 en el 57% de los entrevistados a nivel nacional.

Chávez M. (2012). Percepción del paciente acerca de la calidad de la atención que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios en el hospital nacional Arzobispo Loayza en Lima (Tesis de Especialización). Con el objetivo de determinar la percepción del paciente acerca de la calidad de la atención brindada por la enfermera, en una muestra de 40 pacientes seleccionados por muestreo no probabilístico e intencional, mediante el método descriptivo transversal, aplicó un cuestionario tipo Likert previamente validado con  $p = < 0,05$  según la prueba binomial y confiable según el coeficiente alfa de Cronbach de 0,84; encontrando entre los principales resultados una percepción global de calidad medianamente favorable en las dimensiones técnica, interpersonal y del confort, en un 53.3%, favorable solo en el 26.7% y desfavorable en el 20%. Respecto a la dimensión del confort, la percepción del ambiente para favorecer su privacidad fue medianamente favorable en un 50%; acerca de si se interrumpe el

sueño para darle la medicación necesaria, también fue medianamente favorable en el 53% y 30% desfavorable. La percepción respecto a la suficiencia y calidad de la información que le brinda la enfermera mientras le realiza procedimientos de cuidado, fue favorable en un 77%; en relación con el estado de las habitaciones acerca de si permanecen limpias y ordenadas, la percepción fue favorable en el 93%. En cuanto a indicadores de la dimensión interpersonal del cuidado que forman parte de la dimensión social de la comodidad, se encontró percepción favorable en la cordialidad del trato en un 63% y del mismo modo en el interés que muestra la enfermera de manera periódica y regular para saber sobre sus necesidades, fue favorable en un 57%.

En lo concerniente al grado de escolaridad de los pacientes, el 17% fueron iletrados, el 27% tuvo educación primaria, el 50% tuvo educación secundaria y superior solo el 6%. La ocupación de los pacientes de tipo independiente fue de 16%, dependiente en el 27%; amas de casa el 57%. El comportamiento del tiempo de hospitalización de 3 a 7 días fue el 73%; de 8-12 días fue el 20% y de 13 a 17 días fue el 7%.

Guillén LM y Cantuarias N. (2010). Vivencias del paciente adulto hospitalizado en el servicio de emergencia del hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón en Nuevo Chimbote. (Tesis de maestría). De enfoque cualitativo con método fenomenológico, tuvo el objetivo de describir las impresiones y sentimientos del paciente durante la hospitalización; participaron 10 pacientes adultos cuyas edades estaban comprendidas entre los 25 a 60 años, de ambos sexos, partiendo de la pregunta orientadora ¿Cómo fue su experiencia vivida durante la hospitalización?. A partir de entrevistas grabadas y mediante la técnica de saturación de los discursos, se obtuvo las unidades de significado y categorías representativas de la comprensión de los pacientes, las mismas que correspondiendo a su experiencia en un servicio de emergencia, son de alguna manera descriptivas de experiencias similares de hospitalización en otros



servicios. Las categorías más representativas en relación a la comodidad en sus dimensiones física, social, psicoespiritual y ambiental, fueron: “sentimientos de pena, tristeza y angustia “que de por sí manifiestan una experiencia negativa; la incomodidad se relaciona con la primacía en el uso de la tecnología que desplaza al componente humano para tomar en cuenta la necesidad de estar informado para mantener la salud, adaptarse a un medio extraño, poder expresar las emociones y no recibir respuesta de las enfermeras. La categoría “falta de intimidad y privacidad”, si bien se inician con el respeto a la corporeidad del paciente, abarca también la protección de los datos relativos a su salud; mientras la privacidad apunta a la protección de la intimidad personal y los valores de la persona; esta categoría informa sobre la existencia de incomodidad física y también emocional cuando la persona desea que su situación se mantenga en reserva. Finalmente la categoría “Experiencia de hospitalización desagradable”, confirma que los pacientes percibieron el escaso apoyo para permanecer con su familia que les brinda afecto, compañía y apoyo en actividades básicas, la falta de información que no llegó y la ausencia de respeto a la intimidad y privacidad. Entre las consideraciones finales las autoras reconocen la existencia de categorías de orden emocional y sociocultural, que sin embargo repercuten en la dimensión psicoespiritual; se extrae que la visión del cuidado cómo no es desde una visión holística, el paciente no se siente atendido como persona en toda su integralidad. Las vivencias del paciente hospitalizado se realizan en situación de estrés, ansiedad, temor y vulnerabilidad, que motivan a plantear nuevos modelos de cuidado centrados en la persona, su totalidad y unicidad, en el entendido que las categorías reflejan el modo como los sentimientos expresados limitan la capacidad recuperativa del paciente.

Silva, Ramón, Vergaray, Palacios y Partezani. (2012). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público en el Callao-Lima.

Teniendo en mente que dentro de los estudios desde la óptica de la calidad, la comodidad es una dimensión importante, se consideró el presente estudio cuyo objetivo consistió en determinar y asociar la percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería con las variables sociodemográficas y estancia hospitalaria en el servicio de medicina de un hospital público. A través del enfoque cuantitativo, con el método descriptivo transversal, seleccionó una muestra de 50 pacientes mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, de ambos sexos mayores de 18 años teniendo como instrumento un cuestionario estructurado que contiene ítems para conocer las variables sociodemográficas y 30 ítems para valorar la percepción de calidad de la atención en los pacientes; la recolección de datos fue entre los meses de setiembre a noviembre 2012, teniendo dentro de los criterios de inclusión a pacientes con valores en la escala de Glasgow de 15 puntos y un mínimo de 3 días de estancia hospitalaria. La información recolectada fue ingresada en una matriz de Microsoft Excel y luego pasar al Programa Estadístico para Ciencias Sociales SPSS versión 22. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva: media y desviación estándar, con medidas en frecuencias y porcentajes; para el análisis de correlación entre la edad, la escolaridad y los días de estancia hospitalaria y la puntuación general del instrumento, se usó la prueba de correlación de Pearson y para la asociación entre variables sociodemográficas y la percepción de calidad, la prueba del chi cuadrado. Entre los resultados relevantes se encontró que el 60% de los pacientes tuvieron una percepción medianamente favorable con el cuidado de enfermería, siendo en el componente técnico del 52%, en el interpersonal del 46% y respecto a la dimensión del confort fue desfavorable en el 80%, siendo uno de los elementos de incomodidad, la presencia de alto ruido en el ambiente hospitalario que impide el descanso (52%). No se encontró asociación entre la percepción de calidad en la atención y las variables sociodemográficas; las asociaciones entre las

categorías de la percepción y las variables sexo y estado civil, se encontró que las mujeres percibían mejor la calidad de la atención en comparación con los hombres ( $p= 0,04$ ).

Estos hallazgos son comprensibles dado que la hospitalización causa estrés y alteraciones en el bienestar del paciente, pudiendo incrementar la ansiedad: los resultados sugieren la necesidad de contemplar no solo los aspectos biológicos, sino también los de tipo emocional y espiritual.

### **Definición conceptual**

**Comodidad.** Estado de bienestar o sosiego que comprende para el paciente la liberación del dolor y la armonía con el medio ambiente donde se encuentra (Benavent, Ferrer y Francisco del Rey, 2012).

**Características socio clínicas.** Conjunto de condiciones del paciente y la situación de salud que atraviesa, que intervienen en su respuesta ante la hospitalización, el tratamiento y las medidas de cuidado que se le brinda, pudiendo también modificar su modo de percibir los fenómenos que acontecen en su entorno, interrelaciones y ambiente (Lluch, Novel y López, 2000).

Homeostasis:

Característica de los sistemas abiertos u organismos vivos, mediante la cual regulan el ambiente interno o metabolismo, para mantener una condición estable y constante. La homeostasis es posible gracias a los múltiples ajustes dinámicos del equilibrio y los mecanismos de regulación (Real Academia Española, 2012)

## **Bases teóricas**

### **El paciente adulto hospitalizado en Neurocirugía y las características Socio clínicas.**

En la especialidad de Neurocirugía, el paciente puede requerir hospitalización por afecciones que comprometen el encéfalo, la columna vertebral y los nervios raquídeos, por motivos de etiología traumática o no traumática; la etiología no traumática comprende a su vez, lesiones de carácter inflamatorio, degenerativo, infeccioso o neoplásico entre otros.

La incidencia y prevalencia de lesiones en este servicio varía notablemente; así entre las lesiones traumáticas producidas por armas de fuego, Jiménez y Ramos (2013) reportaron en México, entre el 2010-2011, un 20% de pacientes con lesiones a nivel lumbar, 33.3% a nivel cervical y 46.7% a nivel dorsal; señalando que el 26.7% requirieron tratamiento quirúrgico y el 73.3%, tratamiento médico. En el mismo sentido, Trinidad, Cuellar y Ruiz (2013) también en México, encontraron una incidencia de lesiones traumáticas de columna vertebral de 71% en varones y 28.3% en mujeres con una edad promedio de 35 años; describen que el 61.7% de lesiones fue a consecuencia de caídas, 35% por accidentes como ocupante de autos y un 3.3% por agresiones diversas. El 70% de los pacientes presentó lesión neurológica parcial o completa que le obliga a permanecer en cama con diversas medidas de estabilización con aparatos de tracción, en tanto se precisa su diagnóstico y tratamiento.

En España, Gelabert et al (2010) reportan en un estudio de 21 años de duración entre 1988-2008, una frecuencia de ependimomas de columna en pacientes de una edad promedio de 44.8 años, con una relación hombres mujeres de 1:1.5, presencia de dolor radicular en 20 casos, a predominio lumbar; todos los pacientes requirieron tratamiento quirúrgico.

Los tumores encefálicos a nivel mundial constituyen 19,000 nuevos casos por año y responsables de 13,000 muertes anuales en los EE.UU de Norteamérica; además las fracturas de

cráneo por arma de fuego, son el 10% del total de traumatismos encéfalocraneanos; pacientes que inicialmente en la etapa pre quirúrgica ingresan a UCI hasta ser intervenidos y superada la fase crítica son trasladados a cuidados intermedios; independientemente del diagnóstico, todos requieren reposo en cama, sufren cambios en el estado de conciencia y alteraciones en los patrones funcionales de salud (Le Mone y Burke, 2009).

En el Perú, según Rojas y Arias (2011), las lesiones por accidentes de tránsito se producen en adultos entre los 30-59 años, en un 39.9% y en el grupo de 18-29 años, en el 29.07%; varones son el 58.9% y mujeres el 41.1% según el CIE-10, la mayor frecuencia de estas lesiones son a nivel pélvico, lumbosacro y abdomen, representando el 2.1% del total de lesiones de la economía humana, que sin embargo, conminan al paciente a estar en cama y ser dependiente de los procedimientos básicos de higiene y comodidad, sin excluir la presencia del dolor de grados variables.

Entre las lesiones no traumáticas, Quintana, Sotomayor, Martínez y Kurori (2011) en el Callao, mencionan una prevalencia de 27% de este tipo de lesiones, siendo 50.5% varones y 49.5% mujeres. Las lesiones de tipo degenerativo en varones fueron del 75.8% y neoplásico en mujeres fue del 62.1%; la ocupación predominante de los pacientes fue en la modalidad dependiente. Precisaron en la etiología de las lesiones degenerativas, la presencia de estenosis o estrechamiento del canal espinal y la hernia del núcleo pulposo, en un 14.5%. Entre las lesiones infecciosas generalmente mielitis transversa de origen viral reportan el 11.9%, la etiología bacteriana port bacilo de la Tuberculosis, en 11% y las malformaciones arteriovenosas en un 94.7%.

El significado de los trastornos neuroquirúrgicos en cuanto a prevalencia y etiología, fue abordado por un grupo de investigadores en el Instituto Mexicano de Seguridad Social, entre

ellos Jiménez, Calderón y Bitar (2010) quienes explican la predominancia de pacientes en una edad promedio de 48.9 años, siendo 55% varones y 45% mujeres. Señalan una patología de etiología traumática en un 36.3%; degenerativa en un 32.7%; infecciosa el 2.4%,; por neoplasias el 2.4%; por deformidades el 18% y entre otras, el 8.6%; todas ellas en grados diversos comprometen la calidad de vida del paciente.

Según los estudios anuales de perfil de la Demanda en EsSalud y los reportes estadísticos del servicio de neurocirugía del hospital Rebagliati (2016), el paciente hospitalizado en el servicio es un adulto cuyas edades están comprendidas entre los 18-90 años de edad, de ambos sexos quienes acuden por una amplia variedad de afecciones traumáticas y no traumáticas, al coberturar al amparo de los dispositivos existentes en materia de Seguridad Social. El 67% corresponden al grupo de 30-59 años de edad.

#### *Características socio clínicas.*

Son un conjunto de condiciones de orden social y médico, que pueden estar o no asociado a la percepción de diferentes fenómenos durante la experiencia de la hospitalización; social porque comprenden rasgos que intervienen en el relacionamiento del paciente y su forma de ver las situaciones; sin desestimar que tiene vinculación también con los aspectos culturales, entre ellas se encuentra el grado de escolaridad y la ocupación que desempeña el paciente (Lluch et al., 2000).

#### *El grado de escolaridad.*

Es una característica de la persona, representa mayores oportunidades de participación social, no solo para adquirir conocimientos y nuevos instrumentos de trabajo, sino para apreciar la realidad y conducirse mejor en ella, especialmente dentro del proceso salud enfermedad y en

particular respecto a la comodidad que experimentan mientras permanecen hospitalizados (Torralba y Roselló, 1996).

La escolaridad de los pacientes asegurados, en la revisión de los registros de pacientes atendidos en el servicio durante los años 2015-2016, corresponde al nivel de educación superior en el 66.4% seguido del nivel de educación secundaria en un 10.8% y 5.8% de educación primaria.

#### *La ocupación.*

Es un elemento de la vida social que permite al hombre realizar sus potencialidades, obtener recursos para subsistir y satisfacer necesidades y a la vez un medio para socializar sus logros y aportar al desarrollo de su comunidad y nación. Puede ser de tipo oficio, labor técnica, profesional en modalidades dependiente e independiente, asumida en el mercado laboral según diversas modalidades contractuales. Las condiciones laborales en las que se realiza una ocupación, pueden conllevar riesgos para la salud, permitir condiciones de vida de mayor o menor calidad y por ende, pueden influenciar la forma de experimentar la comodidad mientras permanece una persona hospitalizada. (Lluch et al., 2000).

#### *Las características clínicas.*

constituyen condiciones propias del paciente hospitalizado que reflejan con fidelidad el compromiso en su estado de salud y sus efectos en el desenvolvimiento durante la hospitalización, el modo en que pueden percibir el comportamiento de variables que acompañan a los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y cuidado por enfermería. Entre las características clínicas se encuentran los diagnósticos principales de los pacientes y el tiempo de enfermedad que tienen al hospitalizarse en el servicio de neurocirugía. El fundamento para su selección en el estudio se basa en que cada diagnóstico tiene grados variables de compromiso

con el nivel de comodidad que el paciente puede percibir en el servicio y del mismo modo el tiempo de enfermedad que comprende su experiencia (Hurst, 2013). La mayor parte de los estudios revisados en los antecedentes han tomado en cuenta la edad, el sexo y los días de estancia, más no el diagnóstico ni el tiempo de enfermedad.

El diagnóstico es la identificación del proceso patológico y el estado en que se encuentra el paciente, por ellos es indispensable considerarlo como elemento norteador de los comportamientos evidenciados en el paciente (Gordon, 1996).

Los diagnósticos clínicos en la especialidad de Encéfalo comprenden: tumores, traumatismos encéfalocraneales, aneurismas y hematomas secundarios a traumatismos, principalmente; en el servicio de columna y nervios se atiende pacientes por Espondilistesis o estrechamiento del canal, lesiones secundarias a traumatismos de columna a nivel cervical, dorsal y lumbosacro, además de pacientes con trastornos Neurovasculares.

#### *El tiempo de enfermedad.*

Mientras las dolencias agudas representan menos tiempos de enfermedad, las lesiones de tipo inflamatorio y degenerativo, pueden tener visos de cronicidad; este rasgo puede condicionar la percepción del paciente ante las características del servicio brindado, entre ellos, la comodidad (Hurst, 2013). Esta variable se ha estudiado ligada a la percepción de calidad de vida de los pacientes.

Independientemente del diagnóstico, estos pacientes requieren hospitalización por comprometer potenciales cambios en el nivel de conciencia y cambios conductuales según se presente deterioro de la función sensitiva o motora; corresponde a cuidado crítico el grupo de pacientes con compromiso de conciencia; en el estudio se abordará principalmente la comodidad del paciente estable neurológicamente en la sub especialidad de columna y nervios, los mismos



que gozan de un nivel de conciencia aceptable y comparten en común como efectos de los problemas de salud que motivan su hospitalización. Entre los cambios sensorio perceptivos, el déficit neurológico puede alterar la capacidad para coordinar, interpretar y prestar atención a los datos sensoriales, por los que Le Mone y Burke (2009), alertan sobre la necesidad de estar atento a los cambios en los órganos de los sentidos, capacidad para diferenciar el frío del calor y la sensación de la propia posición corporal o propiocepción, que puede causar lesiones evitables.

Los déficit motores son frecuentes en la medida que todo movimiento corporal es el resultado de una interacción compleja entre el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos; las complicaciones secundarias afectan a múltiples sistemas corporales que van desde la hipotensión ortostática, hasta los fenómenos trombóticos, osteoporosis y alteraciones en la función respiratoria.

### **Diagnósticos de enfermería más frecuentes en el paciente del servicio de Neurocirugía.**

Los diagnósticos de enfermería relevantes para el cuidado del paciente con problemas neuroquirúrgicos con lesiones de columna y nervios, son:

#### ***Deterioro de la movilidad física.***

El paciente que sufre lesiones estructurales en la columna vertebral, ve alterado el soporte de importantes elementos neurales, osteomusculares y las funciones que esto conlleva, pudiendo presentar problemas de tono muscular, motricidad y otros, que limitan la amplitud de movimientos. Este hecho sumado al requerimiento en el uso de aparatos de apoyo o equipos de estabilización, determinan en el paciente posiciones que producen fatiga, rigidez o contracturas. Para Le Mone y Burke (2009) esta realidad requiere de la percepción rápida y permanente de la

enfermera para proporcionar comodidad mediante aditamentos sencillos como las almohadas y toallas, que permitan alinear los diferentes segmentos corporales a la par que la cooperación con el fisioterapeuta y las enseñanzas y apoyo de la familia.

### ***Riesgo ulcera por presión***

Hurst (2013), explica que las personas sanas cambian de postura durante el sueño cada 10 minutos; el paciente con lesiones de columna vertebral y nervios, difícilmente puede realizar los movimientos necesarios para mantener la piel libre de presiones prolongadas sobre las prominencias óseas; motivo por el cual pueden sufrir úlceras por presión. Si a esto se agrega los efectos de la sudoración y la incontinencia urinaria o fecal, el riesgo se incrementa notablemente; en consecuencia el cuidado profesional necesita incorporar aspectos físicos y efectos sociales de las limitaciones del paciente neuroquirúrgicos para planificar, dirigir, ejecutar y evaluar las medidas destinadas a confirmar al paciente que él es el centro de la atención y que se está pendiente de las medidas de higiene, cambios posturales, mantenimiento de sábanas limpias, secas y sin arrugas a fin de mantener la hidratación del estrato córneo, la circulación adecuada y disminución de la concentración de orina, minimizando con ello la posibilidad de lesiones cutáneas (Doenges y Moorhouse,2014).

### ***Dolor.***

Es definido por la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor, como una experiencia sensorial y emocional de carácter desagradable que la persona asocia a lesiones reales o potenciales en algún tejido (Vicente J, Molero L y Gil O, citados en Martínez, Monleón, Carretero y Baquero, 2012). El paciente experimenta el dolor desde los receptores nerviosos pero afecta todos los aspectos de la vida de la persona causando malestar, incomodidad, pérdida de la concentración, imposibilidad de relacionarse con otros y pérdida del

sentido de la vida. El alivio del dolor es una forma concreta de cuidar al ser humano para mantener su integridad y autonomía, quien está preso del sufrimiento pierde su potencial para dedicarse a otros proyectos significativos para sí (Waldow, 2008).

La experiencia dolorosa por sí misma es incomodidad física que es foco de interés para las intervenciones de enfermería neuroquirúrgica; conocidos los efectos del dolor sobre la producción de sustancias tóxicas para el organismo, es preciso incluirlas de modo sistemático en el Plan de cuidados de enfermería (Hurst, 2013).

#### ***Déficit de autocuidad.***

La capacidad para cuidar de sí y realizar las actividades habituales se ve interferida por los cambios que sufre el paciente en su sensibilidad, motricidad y bienestar general; darse cuenta de esta situación conlleva sentimientos de alta dependencia, inseguridad y necesidad de aprendizaje y ayuda específica por parte del paciente. La enfermera requiere valorar con minuciosidad el porcentaje de capacidad residual de autocuidado y el lado más afectado para iniciar el plan de cuidado, con seguridad, palabras de aliento para el paciente y objetivos alcanzables; será especialmente importante insistir en empezar con actividades sencillas como bañarse, peinarse, realizar el aseo de los dientes, vestirse y alimentarse empleando el brazo sano e ir empoderando progresivamente al paciente hasta la recuperación de su capacidad con ayuda mínima; la meta es promover la independencia tan pronto como sea posible (Henderson en Raile y Marriner, 2011).

#### ***Deterioro de la eliminación urinaria y riesgo de estreñimiento.***

Varía según el tipo y el nivel de la lesión; no obstante, la interacción entre varias situaciones deficitarias o pre existentes, puede agravar la incontinencia urinaria o la situación de estreñimiento; es sustancial por parte de la enfermera, la valoración integral y actualizada del

paciente, que le permite intervenir de acuerdo a las necesidades individuales del paciente; unos necesitan miccionar cada 2 horas para recuperar el tono vesical a nivel de la musculatura pubocoxígeo; otros requieren incremento de líquidos en su dieta. La medicación antiinflamatoria y analgésica suelen ocasionar estreñimiento que resulta molesto para el paciente con falta de movilidad, siendo los pacientes con hernias del núcleo pulposo quienes presentan esta molestia con más frecuencia; la detección sutil y atenta de la enfermera ahorra incomodidad al paciente que necesitará aumento de su actividad en el marco de sus posibilidades, mayor consumo de alimentos con fibra, líquidos y manejo racional de los ablandadores de heces por la frecuencia con que se forman las heces duras (Le Mone y Burke, 2009).

***Ansiedad, sufrimiento, depresión.***

La ansiedad es una respuesta emocional que engloba aspectos subjetivos y objetivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso periférico y aspectos motores que manifiestan comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos; se presenta ante situaciones inciertas, expectativas desfavorables de las consecuencias de una enfermedad o accidente, cambio ambiental o en la situación social o económica previa del paciente (Sastre A y Delgado R, citados en Martínez et al., 2012).

El sufrimiento surge cuando acontecen situaciones que el paciente percibe como una amenaza importante para el funcionamiento de su organismo o existencia personal y al mismo tiempo percibe que carece de los recursos para hacerle frente, por ser una experiencia subjetiva, el tino y delicadeza de la enfermera son fundamentales para su valoración e intervención; se trata del nivel más profundo de acción profesional (Bermejo, 1999).

La depresión es entendida como una forma de estrés que se acompaña de manifestaciones de tristeza que inmovilizan al paciente, impidiéndolo una valoración objetiva de los acontecimientos y de las alternativas de afrontamiento. Más que nunca es fundamental un sólido marco de evaluación del paciente, su historia de vida. Contexto particular y de las interrelaciones con la familia. Estas manifestaciones son frecuentes en el paciente según el grado de compromiso y tipo de lesión que haya desarrollado en el sistema nervioso.

### **Jerarquía de las necesidades del paciente según Maslow y su aplicación en enfermería neuroquirúrgica.**

Las necesidades humanas entendidas como el efecto de problemas no resueltos, es abordado por Maslow (Gibson et al., 2004) explicando que no es posible acceder a la satisfacción de necesidades superiores sin haber resuelto necesidades de orden inferior; desde esta perspectiva las necesidades fisiológicas son previas y entre ellas están las necesidades básicas de alimento, hidratación, resguardo y alivio del dolor; le siguen las necesidades de seguridad que permiten al hombre estar libre de entornos peligrosos o amenazantes; pertenencia y amor, por las que buscamos el encuentro con amigos y pareja; necesidades de estima propia y de los demás y necesidades de autorrealización, por las cuales podemos acceder al logro de todos nuestros potenciales con plena felicidad.

Para Maslow el adulto típico tiene satisfechas el 85% de sus necesidades fisiológicas; el 70% de sus necesidades de seguridad; el 50% de sus necesidades de pertenencia, socialización y amor, 40% de sus necesidades de estima y 10% de sus necesidades de autorrealización. Estas necesidades que se comportan así en la vida con salud, se ven modificadas en presencia de enfermedades, más cuando la persona se ve obligada a alejarse de su hogar, familia y medio

laboral; el impacto de la hospitalización y las formas principales de tratamiento médico o quirúrgico, convencionalmente se ha centrado en resolver los problemas de orden biológico e incluso el cambio emocional, no obstante a la luz de los modelos de atención centrados en la totalidad de la persona, esta jerarquización sigue siendo útil más no desde la perspectiva taxonómica que las diferencia por grupo, sino por la interrelación que las necesidades planteadas mantienen y que muy por el contrario necesitan ser permanentemente valoradas en el proceso del cuidado del paciente.

La falta de confort físico por una postura forzada o el alineamiento corporal prolongado de una manera determinada, no solo ocasionan dolor y fatiga, sino también tedio, aburrimiento, cambios en el sentido de humor, deseo de no hablar con otras personas y en consecuencia se convierten en formas de sufrimiento, en tal sentido es importante considerar los esfuerzos de la disciplina enfermera para extrapolar los aportes de Maslow y jerarquizar las necesidades del paciente desde la perspectiva de la Asociación Americana para el Diagnóstico de enfermería, en siete aspectos pertinentes al estudio emprendido y comprende según Doenges y Moorhouse (2014) los siguientes grupos:

***La recuperación de la homeostasis fisiológica.***

Incluye diagnósticos relacionados con las alteraciones sensoriales, de circulación, perfusión y volumen hídrico, hasta la termorregulación, disfunción neuromuscular y patrones de oxigenación.

***El cuidado para el bienestar corporal.***

Aborda los diagnósticos de enfermería relacionados con el cuidado integral desde la higiene hasta el sueño.

***La Integridad del ego.***

Asume los diagnósticos de autoestima, identidad, estado cognitivo, manejo de emociones, y la tensión espiritual.

***La interacción social.***

Incluye los diagnósticos de problemas de comunicación, roles a desempeñar, adaptación y vida familiar.

***Protección de la salud.***

Abarca las conductas de búsqueda de la salud, manejo del estrés y otros riesgos en el mantenimiento de la salud.

***Recuperación de la salud.***

Incluye principalmente el manejo eficaz del régimen terapéutico y el control del riesgo de transmisión de la infección.

***Manejo ambiental.***

Adaptación en instalaciones y manejo del estrés por reubicación.

Esta jerarquización es aplicable a las situaciones de cuidado del paciente neuroquirúrgico, según el tipo de lesiones y contexto particular por el que ingresa el paciente.

**La satisfacción de necesidades básicas: ciencia y arte del cuidado en el paciente del servicio de Neurocirugía.**

El cuidado definido desde la visión de Waldow (2008) constituye todas las actividades desarrolladas por la enfermera para y con el ser cuidado; requiere conocimiento, habilidades, intuición y se acompaña de actitudes para promover, recuperar su dignidad e integridad humana.

Cuando esto se logra, la persona puede alcanzar la plenitud física, mental, emocional, social y espiritual.

Ante la hospitalización, el cuerpo se convierte en el centro de la preocupación, porque no funciona como siempre; se incrementa la conciencia de la finitud y de una relación desigual con quien ha de cuidar la salud perdida y se ingresa a la experiencia de sentirse inseguro, débil y aislado (Waldow, 2008: 125). El acercamiento, la comprensión, delicadeza y atención permanente son elementos muy apreciados en el proceso del cuidado hospitalario; la enfermera dirige sus esfuerzos hacia la valoración y satisfacción de necesidades intentando recuperar y mantener las condiciones para la homeostasia del paciente.

### ***La higiene.***

Es una condición elemental para el bienestar del paciente; quien se sentirá digno de su vida, en condiciones de interactuar con otros y susceptible de las pruebas de diagnóstico y tratamiento donde participan otros profesionales de la salud. Cuando esta necesidad es desatendida o realizada de manera violenta sin la privacidad necesaria o siguiendo un método inadecuado, el paciente puede sufrir en silencio o estar a punto a complicaciones infecciosas o lesiones por presión.

Es incomparable el sentimiento de comodidad cuando se conserva el orden, la pulcritud y la delicadeza, asumiendo que no es agradable para ningún ser humano es expuesto corporalmente y en regiones corporales íntimas, que sin embargo dada su dependencia, no puede realizar por sí mismo Carvajal G y Ramírez JD, 2015).

### ***Cambios posturales y alineamiento corporal.***

Es una de las actividades que requiere mayor sistematicidad en su ejecución, pues la edad, el género y la situación individual de cada paciente comportan exigencias diferentes. El



alineamiento corporal y los cambios posturales tienen repercusión a nivel circulatorio, pulmonar, digestivo, en el estado de ánimo y bienestar general. Un promedio mínimo para los cambios se ha estimado en no más de 2 horas aunque otros pacientes pueden necesitar una frecuencia mayor. Los pacientes perciben el empeño y la actitud profesional para llevar a cabo esta actividad a la par que establecen diálogo con la enfermera permitiendo valorar de modo permanente las respuestas del paciente al tratamiento y cuidado brindado (Le Mone y Burke, 2009).

### ***Comunicación, información, orientación.***

Mientras se llevan a cabo los diversos procedimientos de cuidado, la enfermera comunica al paciente su situación, cómo está respondiendo y le orienta acerca de su participación y aprendizaje necesario para acelerar el proceso recuperativo o prepararse junto con los familiares para los cuidados necesarios en el hogar. Una necesidad frecuentemente ignorada o insuficientemente atendida es la información sobre la enfermedad, resultados de los exámenes, evolución y del mismo modo, el uso de un lenguaje sencillo, en términos culturalmente comprensibles para el paciente.

La orientación inicial respecto a las normas y costumbres del servicio, facilidades que ofrece y lugares específicos como los servicios higiénicos, son tan importantes como la preparación para pruebas especiales y el papel que se espera del paciente, el resultado será una satisfacción profunda al sentirse tratado como persona (Bermejo, 1999).

### ***Ayuda específica ante déficit de autocuidado.***

Nada más apreciado y seguro para el paciente neuroquirúrgico, que la actitud solícita y previsor de la enfermera: conocedora de la situación particular del paciente, le pregunta y apoya cuando necesita deambular, alimentarse, vestirse y cuando no puede hacerlo ella, organiza el trabajo del equipo y asegura al paciente la ayuda necesaria. Es previsible que pacientes con

alteración en la percepción de la posición del propio cuerpo, puedan sufrir una caída al intentar levantarse solos (Hurst, 2013).

### ***Compañía y apoyo emocional.***

La hospitalización por sí misma aísla del medio familiar y social; el tiempo transcurre lentamente y se cuenta las horas llegando a la mente pensamientos negativos, sentimientos de soledad, que vuelcan la mirada del paciente hacia el personal, esperando que ellos llenen este vacío. La visión científica y el arte del cuidado en enfermería permiten visualizar que nada reemplaza el calor de una mano amiga, la mirada comprensiva y la actitud empática del personal para facilitarle proximidad, contacto físico, facilitar la presencia informada de la familia que debe ser orientada sobre su rol ante el paciente (Lluch et al., 2000). Dejar expresar las emociones, escuchar sin interrumpir y ofrecer breves palabras de aliento hacen la diferencia entre una experiencia grata y una experiencia de hospitalización desagradable.

### ***Afecto y sentido de la vida.***

La conciencia de la vulnerabilidad humana permite percatarse que si en condiciones donde la salud está conservada, el ser humano necesita cariño; esta necesidad se incrementa en situación de enfermedad, por el factor expectativa de temor al pronóstico, incapacidad potencial a futuro, interferencias con proyectos deseables en la etapa más productiva de la vida (Pangrazzi, 1999). El afecto demostrado de manera congruente con la concepción del cuidado en su atributo de solidaridad y reciprocidad, rompe las barreras percibidas por el usuario y da paso a la expresión de sus necesidades; cuando perciben el cuidado pleno de afecto, los pacientes se disponen a mirar la enfermedad como una oportunidad para reflexionar y reestructurar acciones que les conduzcan a una vida satisfactoria.

La satisfacción de estas necesidades representa la ciencia y arte del cuidado profesional. Ciencia del cuidado porque en una especialidad como Neurocirugía se necesita pensamiento crítico y competencia además de actitudes y habilidades proactivas, en la medida en que muchos cambios en los procesos vitales, se producen de manera imperceptible, requiriendo alto sentido de responsabilidad y oportunidad en las intervenciones para conservar la vida del paciente (Grupo de Cuidado, 2009).

Arte porque cuidar significa un esfuerzo permanente, diferenciado y altamente sensible para hacer por el otro, saber guiarlo, proveerle a tiempo el apoyo físico, emocional y espiritual, que le permita sentirse tratado como ser humano por otro ser humano. No en vano la Enfermería se definió como “la más Bella de las Artes” (Nightingale, citada por Castrillón, 1996).

Para Benner (Marriner, 1996) el cuidado se realiza en un proceso de interacción donde prima la ayuda. Es importante reconocer al paciente, comprender sus patrones de respuesta, verlo como un todo, con derechos innegables, expectativas y temores, quien desde su condición de enfermedad, siente que debe confiar su vida e intimidad a otras personas desconocidas. Es misión de la enfermera ayudar al paciente a evitar todo malestar, a conseguir el alivio necesario, que se experimenta cuando se omite la satisfacción de necesidades fundamentales.

### **La comodidad, aspectos generales.**

Mientras que en términos generales, el término comodidad proviene del latín *commoditas*, *atis*; o cualidad de estar cómodo y su antónimo es incómodo; por extensión significa también “colocar o poner en un lugar conveniente o cómodo, disponer, preparar”.

Se sabe que en los orígenes del cuidado humano, la enfermera tenía como finalidad proporcionar con sus cuidados el máximo bienestar y comodidad a las personas; a lo largo de la

historia en la vida social de las diversas civilizaciones, se avanza hacia una visión de la comodidad como una aspiración y elemento constitutivo de conceptos más holísticos de la salud, tal es la calidad de vida como derecho de los seres humanos (Ferrer E. 2007).

Se utiliza el término confort, en particular para las esferas emocionales y espirituales, más hoy se considera este término como un galicismo y sinónimo de comodidad. El cuidado orientado a la comodidad adquiere diversos significados a lo largo de las propuestas de diferentes teoristas, adquiriendo un sentido más profundo cuando se refiere a la expresión de la vulnerabilidad del enfermo y a las diferentes formas de intervenciones que motiva. Desde la óptica de Collière, (1,993) equivale la práctica de los cuidados de estimulación dirigidos a desarrollar capacidades psicomotrices necesarias para el autocuidado básico; cuidados de confirmación o destinados a obtener confianza; cuidados de conservación y de continuidad de la vida en las actividades cotidianas; para conservar la autoimagen positiva y cuidados para el sosiego o lograr el bienestar y la tranquilidad, dependiendo de los requerimientos de la persona.

Los tipos de cuidado mencionados, contienen enfoques de la comodidad más allá de una medida destinada a resolver un problema corporal de manera inmediata; ubica a la

Comodidad como elemento que potencia el bienestar del otro, a modo de un elemento terapéutico, que permite comprender el enfoque multidimensional de la comodidad según Kolcaba (Benavent et al., 2012).

Los cuidados para dar comodidad formaban parte de los objetivos del ejercicio profesional a inicios del siglo XX; se propiciaba un entorno tranquilo y agradable que permitiera el sueño reparador, la nutrición y salud mental necesarias, para hacer frente a la enfermedad y evitar complicaciones. Por ello se afirma que la comodidad ha sido vista como un elemento clave para la conservación y recuperación de la salud (Guevara M y Laverde O, 2014).

Harmer (Citado en Marriner 1996) refirió que el cuidado de enfermería consistía en proporcionar un ambiente general agradable y que el cuidado personal de los pacientes incluía atención a la felicidad, comodidad y tranquilidad, tanto física como mental, además del descanso, el sueño, la higiene, la alimentación, entre otros. Entre los antecedentes específicos de la comodidad cabe mencionar las expresiones de Goodnow (Citado por Marriner 1996: 707) donde señala: se juzga a una enfermera por su capacidad para hacer que el paciente se sienta cómodo; la comodidad es física y mental y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico. Consideraciones precursoras de la teoría de Kolcaba.

### **La comodidad en la perspectiva de Kolcaba y sus dimensiones.**

Katherine Kolcaba, nacida en Cleveland (Ohio), destinó su trabajo de doctorado para desarrollar su teoría y demostrarla; fue a partir de su trabajo como jefa en una unidad de pacientes con deterioro de la salud mental, donde inició su teorización sobre el confort. Para la autora, el confort es el estado que experimentan las personas que reciben los cuidados de la enfermera. Consiste en una experiencia inmediata y holística por la que la persona se siente fortalecida o con sus capacidades incrementadas, cuando la enfermera realiza tres tipos de confort: el alivio, la tranquilidad y la trascendencia y estos cuidados se llevan a cabo en cuatro dimensiones: físico, social, psicoespiritual y ambiental (Raile y Marriner, 2011: 709).

La comodidad forma parte del conjunto de necesidades que parten de situaciones estresantes como puede ser la enfermedad, los accidentes, los cambios o crisis vitales y que los sistemas tradicionales no pueden satisfacer porque conciben la comodidad solamente en la dimensión física.

### ***Tipos de comodidad.***

Son intervenciones que la enfermera planea y aplica de manera deliberada para lograr mejoría en relación con los estados previos de bienestar.

#### *Alivio.*

Para Kolcaba, el alivio es un estado en el que el paciente experimenta una necesidad satisfecha: disminución del dolor o una contractura cuando se le apoya con cambios posturales, realiza masaje o se le enseña medidas de relajación mental y muscular. Todo paciente con este tipo de molestias puede lograr sentirse aliviado; también comprende la llegada de informaciones claras sobre los resultados de sus exámenes, al despejar sus dudas y temores, experimenta alivio.

#### *Tranquilidad.*

Es una forma de sentimiento de calma, sosiego o satisfacción que experimenta como resultado del alivio, es un nivel metafóricamente expresado, más avanzado de comodidad. En el caso del paciente con déficit marcado de autocuidado para deambular, luego que es ayudado por el personal y logra desplazarse con seguridad, la satisfacción de lograr su meta y ser apoyado, le produce un resultado; experiencia de satisfacción consigo mismo y el personal que le brinda el cuidado.

#### *Trascendencia.*

Representa la condición de haber superado las molestias, preocupaciones, dudas y temores, situando por encima de las dificultades y libre para realizar acciones que le dan sentido a su vida, situación personal y capacidad para ver nuevos horizontes para sí y los demás.

### *Dimensiones.*

Para la autora, los receptores de confort pueden ser estudiantes, familiares, trabajadores e instituciones. Conceptos fundamentales que explican la amplitud y aplicabilidad de esta teoría corresponde a las dimensiones de la comodidad desde la perspectiva de la teoría de rango medio de Kolcaba y comprenden:

#### *La dimensión física.*

Corresponde a las experiencias relacionadas con las sensaciones corporales; una sensación es todo aquello que se produce a través de los sentidos; en este proceso interviene el sistema nervioso y los receptores sensoriales, que representan la energía recibida a partir de los estímulos y comprende el primer paso del proceso cognitivo (Hurst, 2013). Esta sensación permite una respuesta inmediata ante el estímulo.

Cuando el paciente siente dolor, sensación de hormigueo o de quemadura en la piel, inmediata responde solicitando ayuda o muestra conductas que revelan la incomodidad presente sobre la cual la enfermera puede actuar. Los criterios que revelan incomodidad en esta dimensión, pueden ser la negativa a realizar los ejercicios que rehabilitan al paciente en una función determinada; el percibir que el intestino no funciona por estreñimiento; sentirse cansado o satisfecho; o sentir malestar.

#### *La dimensión social o sociocultural.*

Comprende el campo de las relaciones interpersonales, familiares y sociales. Cuando el paciente se hospitaliza todo su mundo cambia; el alejamiento del medio familiar, el trabajo y los amigos aunado a la presencia de los miembros del equipo de salud y pacientes en el ambiente hospitalario, lo conducen a interrogarse por sí existen personas a quienes recurrir cuando requiera ayuda; puede experimentar soledad; preocupación por su situación y valorar los saludos,

las llamadas o visitas de una manera que antes no había pensado. En esta dimensión los cuidados de la enfermera para mostrar interés genuino por el paciente, mantener al paciente bien informado, brindarle compañía y desarrollar un clima de confianza, son indicadores de búsqueda de comodidad desde la visión de Kolcaba (Marriner, 1996).

#### *La dimensión Psicoespiritual.*

En este campo la autora, hace referencia al conocimiento interno del yo, incluidos el autoconcepto, la autoestima y el sentido de la vida, la relación con sus valores o el ser trascendente. Ante la expresión de temores existenciales por la muerte, los cambios que la persona ve en su salud, la capacidad para afrontar la situación, la comodidad que puede lograr la enfermera se comprende a través de una actitud respetuosa, estimulante que ofrece palabras de aliento, que escucha para ayudar a que la persona identifique los aspectos positivos de su realidad y alcance la paz y el significado de su vida. No son formas fáciles porque depende de cuan consciente sea la enfermera de su propia espiritualidad (Bermejo, 1999).

#### *La dimensión ambiental.*

Para Kolcaba, la dimensión ambiental se refiere a las condiciones del entorno e influencias externas. Es de gran actualidad y muy importante para pacientes y personal; abarca el significado del orden; la higiene y decoración de las instalaciones; la seguridad y adecuación de servicios higiénicos para hombres y mujeres según edad y condición clínica; el control de los olores y condiciones de confort térmico, iluminación y ruido.

En la actualidad son pocas las instituciones prestadoras de servicio que incorporan en su diseño condiciones ambientales seguras y cómodas para el descanso del paciente. La enfermera mediante sus cuidados está en un lugar ideal para asegurar mejora en estas condiciones que no todo el personal valora por igual; se dan situaciones que ni el tipo de música ni el volumen son



cómodos para el paciente, pensando que se trata de una travesía que puede tener variados días de estancia y debe ser auténticamente comfortable (OMS, 2011).

La conceptualización de esta teoría y su aplicación, requieren apertura de pensamiento y una visión amplia del cuidado; siendo la comodidad una variable con elementos objetivos y subjetivos, mucho importa la percepción del paciente, entendida como el acto por el cual el recibe la información sobre diversos estímulos que debe comprender e interpretar a partir de las señales sensoriales. Proceso que corresponde no solo a cuestiones físicas, sino emocionales, sociales, cuando la persona hace de este estímulo, señal o sensación, algo consciente y transformable. Perceptio es equivalente a “tomar posesión de algo”, es decir interpretar y dar significado para transformar la intención en acción; es la meta sugerida para las enfermeras en esta teoría de amplia mira y gran compromiso para el ejercicio de la profesión.

## **Capítulo III**

### **Metodología**

#### **Descripción del lugar de ejecución**

El estudio se realizará en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, ubicado en el Jirón Edgardo Rebagliati N° 490, en el distrito de Jesús María, Hospital Nivel IV (Categoría III-1). El edificio del área hospitalaria abarca 14 pisos y un sótano, donde se sitúan los almacenes de material médico, farmacia, servicios de lavandería, electricidad, carpintería, y de gasfitería. El Servicio de Neurocirugía en la especialidad de columna vertebral se sitúa en el piso 13C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, que funciona en estrecha coordinación con el servicio de consulta externa y emergencia en la atención de pacientes de la especialidad; es responsable del manejo clínico y quirúrgico. Del mismo modo, en este servicio, las enfermeras junto al equipo de salud participan en los procesos de educación/orientación al paciente, medidas de diagnóstico, evaluación, tratamiento, y cuidados progresivos requeridos por las diferentes lesiones que presentan los pacientes.

#### **Población y muestra**

##### **Población.**

Según Hernández (2008) la población, es entendida como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones requeridas, comprende todos los pacientes atendidos por problemas neuroquirúrgicos en el registro informático del Sistema de Gestión Hospitalaria del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el servicio de hospitalización del Servicio de Neurocirugía Piso 13C.

Se estima en las pacientes que egresaron del servicio en un trimestre del año. El promedio

de egresos por trimestre es de 145 pacientes.

### **Muestra.**

Estará conformada por 60 pacientes hospitalizados seleccionados por muestreo no probabilístico de tipo intencional, por razones de complejidad del cuidado y escaso tiempo del encuestador.

### **Criterios de inclusión y exclusión.**

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes adultos con edades entre los 18-75 años.
- Pacientes con todo tipo de diagnósticos y Glasgow 15
- Con estancia no menor a 5 días.

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con capacidad de comunicación verbal conservada.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

### **Tipo y diseño de investigación**

La presente investigación es de tipo básica porque pretende aportar conocimiento sobre las posibles asociaciones entre algunas características socio clínicas y el nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el servicio de neurocirugía. Según el alcance de los resultados es descriptiva y correlacional. El diseño es no experimental, puesto que no pretende manipular intencionalmente las variables. Respecto a este diseño Hernández, Fernández y Baptista (2015), mencionan que se trata de estudios que permiten ver lo que pasa tal y como está en la realidad,

para analizarlos y proyectar posibles asociaciones. Así estos autores consideran dentro de este tipo de estudios a los diseños transversales o también se denominan transeccionales.

### **Formulación de hipótesis**

#### **Hipótesis general.**

Ha:

Las características socio clínicas están asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ho:

Las características socio clínicas no están asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

#### **Hipótesis específicas:**

Ha:

El grado de escolaridad está asociado al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones física y social en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ho:

El grado de escolaridad no está asociado al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones física y social en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ha:

La ocupación está asociada al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones física y social en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ho:

La ocupación no está asociada al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones física y social en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ha:

El tipo de diagnóstico está asociado al nivel de comodidad del paciente en las dimensiones psicoespiritual y ambiental en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ho:

El tipo de diagnóstico no está asociado al nivel de comodidad del paciente en las dimensiones psicoespiritual y ambiental en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ha:

El tiempo de enfermedad está asociado al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones social y psicoespiritual en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Ho:

El tiempo de enfermedad no está asociado al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones social y psicoespiritual en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.

### **Identificación de variables**

Variable A: Comodidad

Variable B: Características socio clínicas

## Operacionalización de variables

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala/ valor final de la variable
<p><b>Variable A:</b> <b>Comodidad/comfort</b> Es la condición necesaria para que la persona alcance alivio a su malestar, tranquilidad o estado de calma y trascendencia o sensación de haber superado las molestias, dificultades o dolor para realizar sus actividades o proyectos de manera plena. Esta condición ha de experimentarla en aspectos físicos, socioculturales, psicoespirituales y ambientales.</p>	<p>Respuestas dadas por el paciente en el servicio de neurocirugía en un cuestionario con cuatro opciones de respuesta; según la condición que experimenta respecto a sensaciones corporales, relaciones interpersonales y familiares, autoestima y sentido de su vida, además de las condiciones del entorno hospitalario y otras influencias externas. Se medirá en escala ordinal en tres tipos de comodidad según el puntaje obtenido en cada dimensión, en:</p> <p>-Comodidad a nivel de alivio: cuando satisface la necesidad que le incomoda.</p> <p>-Comodidad a nivel de tranquilidad: cuando experimenta satisfacción por el alivio.</p> <p>-Comodidad a nivel de trascendencia: cuando experimenta estar por encima del dolor o malestar y puede</p>	<p><b>Física</b> (6 ítems) 2, 9, 12, 13,17 y 18.</p> <p><b>Sociocultural</b> (4 ítems) 1,3,10,22.</p> <p><b>Psicoespiritual</b> (12 ítems) 4,5,6,8,15,16,21,23,24,26,27 y 28.</p>	<p>-No quiero hacer ejercicio. -El dolor que siento es difícil de soportar. -Tengo estreñimiento. -No me siento bien de salud. -Estoy muy cansado. -Estoy satisfecho.</p> <p>-Existen personas a las que puedo acudir si necesito ayuda. -La situación en que estoy me preocupa. -Me siento triste cuando estoy solo. -Mis amigos/familiares, demuestran que se acuerdan de mí, me envían tarjetas, me vistan o me llaman por teléfono.</p> <p>-Siento confianza en mí mismo. -Creo que mi situación actual es muy valiosa. -Me alienta saber que me quieren. -Nadie me comprende. -Me aterra lo que me va a suceder. -He tenido muchos cambios en mi salud. -Aquí no me siento en el lugar</p>	<p>Ordinal: mediante <u>puntos de corte para cada dimensión.</u> Alivio: 0-7 puntos. Tranquilidad: 8-14 Trascendencia: Más de 14.</p> <p>Alivio: 0-5 Tranquilidad: 6-10 Trascendencia: Más de 10.</p> <p>Alivio: 0-13 Tranquilidad: 14-26 Trascendencia: Más de 26.</p>

<p><b>Variable B:</b> <b>Características socio clínicas</b> Conjunto de condiciones sociales y relacionadas con la situación de salud, que posee el paciente hospitalizado en un servicio determinado y que puede condicionar su respuesta a los niveles y tipos de confort que experimenta.</p>	<p>dedicarse a vivir otros aspectos de su vida.</p> <p>Respuestas vertidas por el paciente en la primera parte del cuestionario junto a datos generales que permiten caracterizar la muestra de estudio.</p>	<p><b>Ambiental</b> (6 ítems) 7, 11, 14, 19, 20, 25.</p> <p>Social</p> <p>Clínica</p>	<p>correcto. -Necesito más y mejor información sobre mi salud. -Me siento incapaz de controlarme. -Me siento en paz conmigo mismo. -Estoy deprimido. -Le encontré significado a la vida.</p> <p>-El ruido no me deja descansar. -No me gusta este lugar. -Esta habitación me asusta. -Esta cama (silla) me lastima. -Mis útiles personales no están aquí. -Esta habitación huele muy mal.</p> <p>-Grado de escolaridad: último año de estudios realizado. - Ocupación.</p> <p>-Diagnóstico principal. -Tiempo de enfermedad.</p>	<p>Alivio: 0-7 Tranquilidad: 8-14 Trascendencia: Más de 14.</p> <p>Ordinal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Numérica.</p>
--	--	---	--	---

## Técnica e instrumentos de recolección de datos

La encuesta será la técnica por dirigirse a un grupo numeroso, mediante la aplicación del cuestionario de dos partes: la primera que mide las características socioclínicas y la segunda que contiene el Cuestionario modificado de Kolcaba de 28 ítems, dado que la versión original de la autora contiene 48 ítems que serían muy agotadores para el paciente de la especialidad neuroquirúrgica.

### Cuestionario

Cuestionario modificado de Kolcaba: Esta versión del instrumento contiene 28 ítems cada uno con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, desde 1= nunca hasta 4=siempre. Mide las cuatro dimensiones valoradas inicialmente por Kolcaba en su teoría de mediano rango. El puntaje total es de 112 puntos o puntaje máximo y el puntaje mínimo es de 28 puntos.

Respecto a sus propiedades métricas el cuestionario modificado de Kolcaba ha sido validado y aplicado en varios países y tipos de paciente: geriatría, Oncología, Médico quirúrgico y otros. Florez M (2001) en Colombia calculó una confiabilidad de 0,9 según el coeficiente alfa de Cronbach y en Gonzáles et al (2014), en Cartagena, encontró un coeficiente de 0,74 en la misma prueba; se estima que debe oscilar entre 0,7-1 para considerarlo confiable.

Tabla 01

Distribución de los ítems y puntos de corte para cada dimensión

Dimensión/Tipos	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia	Ítems
Física	0-7	8-14	>14	2,9,12,13,17,18
Social	0-5	6-10	>10	1,3,10,22
Psicoespiritual	0-13	14-26	>26	4,5,6,8,15,16,21,23,24,26,27,28
Ambiental	0-7	8-14	>14	7,11,14,19,20,25

## Proceso de recolección de datos

Para el proceso de recolección de datos se realizará el trámite administrativo, mediante una carta de presentación dirigida al Director del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins,



a fin de obtener las facilidades para ejecutar el estudio. Luego, de la autorización se adjuntará el proyecto de investigación previamente aprobado por la universidad a fin de inscribirlo en la Oficina de Docencia e Investigación del hospital. Después de ello, se realizarán las coordinaciones pertinentes con la Jefatura del Servicio de Neurocirugía Piso 13C del HNERM.

Obtenida la autorización, se solicitará el consentimiento informado a los pacientes para proceder a seleccionar el tiempo y espacio en que ellos responderán.

La recolección de datos estará a cargo del equipo de 3 investigadores, quienes lo realizarán en los turnos de mañana y tarde según la condición y disponibilidad del paciente, cuidando que no exceda de 15 minutos, según cronograma.

### **Procesamiento y análisis de datos**

Previo control de calidad de los datos obtenidos y prueba de normalidad, se ingresará los resultados de las mediciones en una matriz electrónica del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 22 en español para su posterior organización en tablas y gráficos.

A partir de esta sistematización, las características socio clínicas de los pacientes se presentarán mediante estadística descriptiva en frecuencias absolutas y porcentajes. Los niveles de comodidad se expresarán en medidas de frecuencia y prevalencia mediante medidas de tendencia central, desviación típica y varianza. Se realizará la confiabilidad y validez y las posibles asociaciones entre el grado de escolaridad, la ocupación, el tipo de diagnóstico y el tiempo de enfermedad, se realizarán mediante la prueba de normalidad y la prueba de regresión logística.

### **Consideraciones éticas**

La presente investigación tendrá como referente a los lineamientos éticos internacionales y respeto a las normas éticas nacionales debatidas durante el proceso de formación como especialistas.

Se respetará la autonomía del paciente al solicitar el consentimiento informado y la confidencialidad de la información, mediante el anonimato del cuestionario que respondan los pacientes.

Respecto al principio de la veracidad, se consignará única y exclusivamente los datos que correspondan al comportamiento de las variables en cuestión y la honestidad de los investigadores conllevarán el registro completo de la autoría de las referencias utilizadas.



**Presupuesto**

<b>RECURSOS HUMANOS</b>			
	<b>Cantidad</b>	<b>Unidad</b>	<b>Costo</b>
Asesoría Estadístico	2	200	400.00
Tipeo por hoja	100 hojas	1.00 x hoja	100.00
<b>Subtotal</b>			<b>100.00</b>
<b>SERVICIOS</b>			
	<b>Cantidad</b>	<b>Unidad</b>	<b>Costo</b>
Copias	1,000 unid.	0.10 x unid.	100.00
Internet	100 horas	1.00 x hora	100.00
Biblioteca (Tramite Carnet)	1 carnet	50.00 x carnet	50.00
Impresión	500 hojas	0.20 x hoja	100.00
Trasporte ida vuelta	100 pasajes	1.00 x pasaje	100.00
<b>Subtotal</b>			<b>450.00</b>
<b>INSUMOS</b>			
	<b>Cantidad</b>	<b>Unidad</b>	<b>Costo</b>
Papel bond A4	2,000 hojas	0.05 x hoja	100.00
USB	1 unid.	35.00 x unid.	35.00
Lapicero	10 unid.	1.00 x unid.	10.00
CD	3 unid.	1.00 x unid.	3.00
Fólder	10 unid.	0.50 x unid.	5.00
<b>Subtotal</b>			<b>153.00</b>

## Referencias

- Ballesteros JM. (2010). *Gestión del alumbrado. Revisión de aspectos normativos y confort de los usuarios de un hospital*. XXVIII Sem. De Ing° Hospit. CN. M´palaga-España.
- Barriga y Trujillo (2004). *Los servicios sociosanitarios en la sociedad de bienestar. Anduli Revista Andaluza de Ciencias Sociales n°4*. Acceso el 5 de agosto 2017. Disponible en [http://SECURED -1973718.pdf](http://SECURED-1973718.pdf).
- Benavent MA, Ferrer E y Francisco del Rey C. (2012). *Fundamentos de enfermería*. Barcelona: Lexus.
- Bermejo JC. (1999). *La Humanización de la salud*. Barcelona: Salterrae.
- Carvajal G y Ramírez JD. (2015). *Higiene cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. (On line). Enfermería Global n°40 oct 2015*. Recuperado el 20 de julio 2017. Disponible en <http://www.um.es/eglobal>.
- Castrillón MC. (1996). *La dimensión social de la Enfermería*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Collière MF. (1993). *Promover la vida*. Barcelona: Mc Graw Hill.
- Chávez M (2012). *Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios en el Hospital Arzobispo Loayza*. (Tesis de Especialización). Universidad Nacional mayor de san Marcos: Lima.
- De Azevedo K y Da Silva M. (2015). *Confort como resultado de la atención de enfermería: una revisión integradora*. Rev.pesqui. cuid.fundam. (On line); 7(3): 2603-2614, jul-set.2015. En LILACS ID:lil-767348.
- Doenges M y Moorhouse MF. (2014). *Proceso y Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones*. México: El Manual Moderno.
- EsSalud (2016). *Informe estadístico del servicio de Neurocirugía*. Lima: EsSalud-Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Ferrer E. (2007). *La medición de la comodidad en enfermeras y pacientes oncológicos. (On line) Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología. Serie de trabajos de fin de máster. 1 (2):*

501-515,2009. ISSN: 1989-5305.

Gelabert M, Arcos A, Serramito R, Castro D, Santín JM, Aran E, Prieto A, Bandín FJy García A. (2010). *Ependimomas del filium terminal. Análisis de caso consecutivos*. (On line). Neurocirugía vol. 21 n°5 oct.2010. Disponible en [http://Scielo.isciii.es/Scielo.php?script=sci\\_arttext](http://Scielo.isciii.es/Scielo.php?script=sci_arttext).

Gibson J, Ivancevich J y Donnelly J. (2004). *Las Organizaciones*. 9ªed. Colombia: Irwin.

Gómez LO, Díaz L y Cortez F. (2015). *Cuidados de enfermería basados en evidencia y el Modelo de Betty Neuman en el control de estresores de delirium en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Neiva-Bogotá*. (On line). Enfermería Global n°41. Recuperado el 18 de julio 2017. Disponible en <http://www.um.es/eglobal/>.

González A, Montalvo A y Herrera A. (2014). *Comodidad de los pacientes hospitalizados en la Unidad de cuidados Intensivos e Intermedios en Cartagena*. (On line). Enfermería global n°45. Recuperada el 30 de julio 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.260101>.

Gordon M. (1996). *Diagnóstico Enfermero*. 3ª ed. Madrid: Masson.

Grupo de Cuidado (2009). *El Arte y la Ciencia del Cuidado*. Bogotá: Universidad nacional de Colombia.

Guevara M y Laverde OL. (2014). *Aplicación de la teoría de la comodidad en el baño en cama*. (On line). Index Enferm vol.24 n°1-2 Granada ene./jun.2015. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100017>.

Guillén y cantuarias (2010). *Vivencias del paciente adulto hospitalizado en el servicio de emergencia del hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón*. Online (Tesis de maestría). In crescendo 2 81) 2011. Universidad Católica de los Angeles: Chimbote.

Hernández, Fernández y Baptista.(2015). *Metodología de la Investigación*. 5ª ed. México: Mc Graw Hill.

Hernando C, Ferrer E, Viñuelas M y Viñuelas Y. (2015). *Niveles de contaminación acústica en los hospitales*. *Revista médica electrónica Portales médicos*. Recuperada el 3 de agosto 2017. Disponible en <http://www.revista-portalesmedicos.com>.

Hurst ME. (2013). *Enfermería médico quirúrgica*. México: Manual Moderno.

Jiménez, Calderón y Bitar (2010). *Costo directo de las lesiones en la columna Cirugía y Cirujanos*, vol. 80, núm. 5, septiembre-octubre, 2012, pp. 435-441. Academia Mexicana de Cirugía, A.C. México D.F.

Jiménez J y Ramos IH. (2013). *Prevalencia y evolución clínica de pacientes con heridas por armas de fuego en la columna vertebral*. (On line). Recuperado el 15 de julio 2017. Coluna/columnavol.12.nº.1 Sao Paulo, 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512013000100011>.

Le Mone y Burke (2009). Vol II. *Enfermería Médico quirúrgico*. Madrid: Pearson.

Lenis CA y Manrique F (2014). *Calidad del cuidado percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla-Colombia*. (On line). Recuperado el 23 de julio 2017. rev Aquichán vol. 15 (3) set 2015: 413-425.

Disponible en <http://dx.doi:10.5294/aqui.2015.15.3.9>

López C. (2011). *Hospitales eficientes*. (Tesis doctoral). On line. España: Universidad de Salamanca. Disponible en <http://DC.lopez.cristia.M-Hospitales.ef.pdf>.

Lluch M, Novel G y López de Vergara MT (2000). *Enfermería Psico Social*. Madrid: Elsevier.

Marriner A. (1996). *Modelos y teorías de Enfermería*. México: Organización Panamericana de la salud.

Martínez MB, Monleón M, Carretero y García MT. (2012). *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Barcelona: Elsevier.

Mejía ME. (2008). *Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad en Medellín*. Universidad de Antioquia. (On line). Index Emferm vol.17 nº.4 Granada oct/dic.

Mezones E, Díaz R, Castillo J, Jerí M, Benites V, Márquez E et al. (2016). *Promoción de los Derechos en salud en el Perú-SUSALUD*. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2016; 33 (3) 520-28. Disponible en: <http://doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2302>.

Ministerio de salud (2016). *Informe de encuesta de satisfacción de los servicios de*

- hospitalización*. Primer Semestre. Lima: Oficina de gestión de la calidad Hospital santa Rosa.
- Moreno Monsivais, Moreno Rodriguez e Interrial (2015). *Omisión de la atención prestada al paciente hospitalizado*. (On line). Recuperado el 21 de julio 2017. Aquichán vol.15, n.3, pp.318-328. Disponible en: [http:// dx.doi.org/10.5294/aquí.2015.15.3.2](http://dx.doi.org/10.5294/aquí.2015.15.3.2).
- Müggeenbug C Olvera S, Riveros A, Hernández C y Aldana A. (2014). *Autoevaluación de enfermeras respecto a la comunicación percibida como resultado de un entrenamiento en un hospital público de tercer nivel. México*. (On line). Recuperado el 27 de julio 2017. *Enfermería Universitaria* 2015; 12 (1): 12-18. Disponible en: <http://www.elsevier.es/reu>.
- Nava (2010). *Estudio de caso con aplicación del instrumento de Katherine Kolcaba. Revista de Enfermería Neurológica* .9 (2): 94-104. (On line). Recuperado el 12 de julio 2017., Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdf/enfneu/ene102j.pdf>.
- Organización Mundial de la salud (2011). *La Enfermería y la seguridad de los pacientes*. Washington D.F: Organización Panamericana de la salud.
- Pangrazzi J. (1999). *Girasoles junto a Sauces*. Barcelona: Salterrae.
- Quintana A, Sotomayor R, Martínez M y Kurori C. (2011). *Lesiones medulares no traumáticas: etiología, demografía y clínica*. (On line) .Rev Peru Med Exp Salud Pública. Callao-Lima.
- Raile M y Marriner A.(2011). *Modelos y teorías en Enfermería*. 7ªed. España: Elsevier.
- Rojas y Arias (2011). *Informe estadístico sobre accidentes de tránsito en el Perú*. Ministerio de salud-Lima.
- Seguro Social de Salud (2015). *Informe de la Encuesta Nacional Socioeconómica de acceso a los asegurados*. Lima: Essalud.
- Silva J, Ramón S, Vergaray S, Palacios V y Partezani R (2012). *Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público del Callao*.
- Torralba y Roselló (1996). *Antropología del cuidar*. Madrid: Fundación MAPFRE.
- Trinidad, Cuellar y Ruiz (2013). *Incidencia y evolución funcional de lesiones traumáticas de columna vertebral en el hospital General Dr.Rafael Pascacio Gamboa*. Chiapas-México.



Uribe A, Torrado I y Acevedo Y (2012). Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. (On line). *Revista Ciencia y Cuidado* vol. 9 (2) dic 2012. ISSN 1794-9831.

Uribe SP y Lagoueyte MI. (2014). “Estar Ahi” Significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. Colombia. (On line). *Av. Ewnferm.*, XXXII (2): 261-270, 2014.

Vidal F. (1999). *El Paradigma de la Sociedad del bienestar, Estado de bienestar y derechos sociales*. Documentación social on line. Acceso 4 de agosto 2017. Disponible en: <http://www.caritas.es/imagesrepository/capitulospublicaciones/930/>

Waldow VR. (2008). *Cuidar: expresión humanizadora*. México: Palabra ediciones.

# Apéndice

## Apéndice A. Instrumentos de recolección de datos

### Características socio clínicas y nivel de comodidad experimentado en el servicio de neurocirugía.

#### Introducción.

Saludo a Usted, comunicándole que con el deseo de conocer qué tan a gusto se siente en este servicio, le solicitamos se sirva responder este cuestionario, que es anónimo y la información se utilizará solamente para mejorar el servicio que se brinda al paciente y familia. Agradecemos de antemano su gentil colaboración.

#### Instrucciones:

Después de leer cada pregunta, llene el espacio en blanco o marque un aspa (X) donde convenga. Recuerde no hay respuestas buenas o malas, si le pedimos responder todas las preguntas.

#### I. Datos generales y características socio clínicas:

1. Su edad es.....
2. Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )
3. Usted estudió:
  - Primaria ( )
  - Secundaria ( )
  - Superior Técnica ( )
  - Superior Universitaria ( )
4. Su ocupación principal es:.....
5. Su enfermedad es: .....
6. ¿Qué tiempo lleva con esta enfermedad?.....
7. ¿Cuántos días lleva hospitalizado?.....

#### II. Cuestionario sobre Comodidad:

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que describen la comodidad que Usted siente en este preciso momento, por favor marque después de leer cada afirmación, un aspa en el número que describa su situación. Recuerde que es importante responder ante todas las afirmaciones.

N°	Afirmaciones para opinar	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
1	Existen personas a quienes puedo acudir si necesito ayuda.	4	3	2	1
2	No quiero hacer ejercicio.	4	3	2	1
3	La situación en que estoy me preocupa.	4	3	2	1
4	Siento confianza en mí mismo.	4	3	2	1
5	Creo que mi situación actual es buena.	4	3	2	1
6	Me alienta saber que me quieren.	4	3	2	1
7	El ruido no me deja descansar.	4	3	2	1
8	Nadie me comprende.	4	3	2	1
9	El dolor que siento es difícil de soportar.	4	3	2	1
10	Me siento triste cuando estoy solo.	4	3	2	1
11	No me gusta este lugar.	4	3	2	1
12	Estoy estreñado.	4	3	2	1
13	No me siento bien de salud.	4	3	2	1
14	Esta habitación me asusta.	4	3	2	1
15	Me aterra lo que puede suceder.	4	3	2	1
16	He tenido muchos cambios en mi salud.	4	3	2	1
17	Estoy muy cansado.	4	3	2	1
18	Estoy satisfecho.	4	3	2	1
19	Esta cama (silla) me lastima.	4	3	2	1
20	Mis útiles personales no están aquí.	4	3	2	1
21	Aquí no me siento en el lugar correcto.	4	3	2	1
22	Mis amigos, familiares, me demuestran que se acuerdan de mí: me mandan tarjetas, me visitan o me llaman por teléfono.	4	3	2	1
23	Necesito más y mejor información sobre mi salud.	4	3	2	1
24	Me siento incapaz de controlarme.	4	3	2	1
25	Esta habitación huele muy mal.	4	3	2	1
26	Me siento en paz conmigo mismo.	4	3	2	1
27	Estoy deprimido.	4	3	2	1
28	Le encuentro significado a mi vida.	4	3	2	1

Elaborado en base al CGC de Katherine Kolcaba.

## Apéndice B. Validez de los instrumentos

Tabla 02

Validez del instrumento

¿?	P1	P2	P3	P4	P5
J1	1	1	0.8	0.9	0.9
J2	1	1	1	1	1
J3	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
J4	0.8	0.8	0.7	0.6	0.8
J5	1	0.9	1	0.9	1
TOTAL	0.94	0.92	0.88	0.86	0.92
<b>V DE AIKEN</b>	<b>0.904</b>				

Se aplicó el Método de Evaluación por Jueces. Para verificar la validez, se hizo una revisión detallada del contenido de los ítems, con el objetivo de determinar si el lenguaje utilizado se adecuaba al lenguaje estándar de nuestro medio.

Se seleccionó un grupo de cinco jueces expertos en el tema materia de investigación, a quienes se les entregó una ficha de valoración solicitándoles la aprobación o desaprobación de estos. Para la determinación de la validez se utilizó el Coeficiente V. De Aiken, puesto que los valores fueron contrastados estadísticamente según el tamaño de la muestra de los jueces consultados. De acuerdo con Navarro (2009), requiere de un grupo mínimo de cinco jueces y que por lo menos cuatro estén en concordancia para que el ítem sea válido, alcanzando coeficiente V iguales o superiores a 0.80, a un nivel de significación estadística de  $p < 0.05$ .

Con base a ello, se consultó con 5 profesionales con amplia experiencia profesional que ostentaban el grado de maestría. Se les envió una carta solicitando su participación como juez; una hoja de datos del juez (nombres y apellidos, grado académico, especialidad y teléfonos); una cartilla de instrucciones generales, donde se brindó información referida a los objetivos del instrumento, autores, adaptación realizada y procedimiento para su calificación, así como el

instrumento con las respectivas preguntas, calificación del grado de acuerdos, objeciones y sugerencias. Se utilizó el Coeficiente V de Aiken, que es un coeficiente que se computa como la razón de un dato obtenido sobre la suma máxima de la diferencia de los valores posibles.

Este coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1, y a medida que sea más elevado el valor computado, el ítem tendrá una mayor validez de contenido.

$$V = \frac{S}{(N(C-1))}$$

En donde S, es igual a la sumatoria de los valores de SI; N es el número de jueces y C, constituye el Número de valores de la Escala, en este caso 5. De esta forma el análisis de la aprobación-desaprobación de los ítems de la escala ha sido establecido a través del Método de Jueces utilizando el coeficiente V de Aiken, obteniéndose los siguientes resultados:

Se obtuvo de 0,904.

### **Apéndice C. Confiabilidad.**

#### **Estadística de fiabilidad**

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N° de elementos</b>
,712	28

## Apéndice D. Matriz de datos

N°	Edad	Sexo	Estudios	Ocupac	Enferm	Tiemp	Cuanto	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28
1	35	2	3	1	1	6	7	4	2	4	4	2	4	1	2	3	3	2	4	3	2	4	3	2	2	2	1	3	4	4	4	2	4	2	2
2	38	2	3	2	2	12	8	4	2	4	4	2	4	1	1	3	3	2	4	2	1	4	3	2	2	3	1	2	4	4	1	2	3	2	2
3	65	2	4	3	2	6	8	4	2	4	4	2	4	1	1	3	3	2	3	3	1	4	3	1	2	1	1	3	4	4	1	2	3	3	3
4	42	2	4	4	2	18	20	4	2	4	4	3	4	1	1	1	3	2	1	3	1	4	3	1	3	1	1	2	4	4	1	2	4	3	4
5	62	1	3	5	2	24	18	4	1	4	4	2	4	1	1	4	4	2	3	3	2	4	3	1	2	2	1	2	4	4	3	2	4	3	3
6	63	2	4	6	2	3	15	4	2	4	4	3	4	1	1	2	4	1	2	3	2	1	3	1	2	1	1	2	2	4	3	1	4	3	4
7	38	1	3	7	3	5	20	4	2	4	4	2	4	1	1	4	4	1	3	2	3	4	3	2	2	2	1	1	2	4	2	2	4	3	2
8	68	2	4	8	3	12	14	4	2	4	4	2	4	1	1	4	3	2	4	3	3	3	4	2	2	3	1	3	4	4	4	2	2	3	2
9	26	1	4	3	4	24	60	4	2	3	4	2	4	1	1	3	4	2	3	3	4	4	3	1	2	2	1	2	4	4	1	2	3	3	2
10	56	1	4	9	3	3	26	4	2	4	4	2	4	1	1	3	4	2	3	3	4	4	3	3	2	2	1	4	4	4	1	1	4	3	2
11	57	2	4	6	5	2	16	4	2	4	4	3	4	1	3	1	3	3	1	3	1	4	3	1	2	3	1	4	4	4	3	3	4	3	2
12	37	2	3	2	6	2	25	4	1	4	4	3	4	1	1	3	3	2	3	3	3	3	3	1	3	1	1	4	4	4	1	1	4	4	4
13	52	1	4	10	7	24	12	4	1	4	4	2	4	1	3	3	4	3	1	3	1	3	4	1	2	3	1	3	4	4	1	1	2	2	3
14	22	1	4	11	7	24	15	4	3	4	4	2	4	1	1	4	3	3	1	3	1	3	4	1	1	1	1	4	4	4	1	1	4	3	3
15	34	1	3	12	6	2	25	4	1	4	4	2	4	1	2	3	3	3	3	2	1	4	2	1	2	2	1	1	4	4	1	1	4	2	2
16	45	1	2	7	1	6	60	4	3	4	4	2	4	1	1	1	3	1	3	3	1	1	3	1	3	1	1	4	4	4	1	2	4	2	3
17	57	1	2	7	8	240	8	4	1	4	4	2	4	2	4	2	4	3	4	3	2	4	4	2	3	2	1	3	4	4	1	2	4	4	2
18	37	1	2	7	9	4	4	4	4	3	4	2	4	3	4	3	4	4	2	3	3	4	4	2	3	2	1	2	3	4	2	1	4	3	3
19	67	2	4	8	10	3	25	4	4	2	4	3	4	2	4	2	2	4	2	3	2	2	2	2	4	2	1	4	4	4	1	2	4	2	4
20	53	1	4	9	10	2	16	4	3	4	4	4	4	3	2	2	4	2	4	3	1	1	3	3	4	4	1	2	4	4	1	2	4	3	4
21	65	2	2	2	1	242	2	4	3	4	4	2	4	2	2	4	2	3	4	3	2	4	4	2	3	4	1	2	2	4	1	2	4	3	4
22	78	1	2	5	12	24	17	4	2	4	4	3	4	4	4	2	3	2	2	3	3	4	4	2	2	4	1	2	4	4	1	2	4	2	4
23	61	2	4	2	1	36	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	3	3	4	3	2	3	2	1	4	4	4	2	1	2	2	4	
24	57	2	3	1	1	24	10	4	2	4	4	2	4	2	4	3	2	2	2	3	2	3	4	4	4	1	2	4	4	1	2	4	2	2	2
25	71	2	1	2	1	60	15	4	2	4	4	3	4	2	4	4	2	4	4	4	2	4	2	4	4	3	1	4	4	4	1	2	4	2	4
27	58	2	4	8	10	180	23	4	1	4	4	1	4	4	1	1	1	4	1	4	1	1	2	1	3	1	1	1	4	4	1	1	4	1	4
29	57	2	4	9	1	12	4	4	1	2	4	3	4	1	1	2	2	2	1	2	1	2	3	2	3	1	2	1	4	3	2	1	3	2	4
26	69	2	1	2	1	24	6	4	4	4	3	3	4	2	3	4	2	3	4	3	2	2	3	1	4	2	1	3	4	4	1	2	3	2	2
28	55	1	3	9	1	396	1	4	1	3	3	2	4	2	3	3	2	2	3	3	1	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	1	3	3	3
30	55	2	4	8	1	24	19	4	3	4	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	2	2	4	3	3	3	1	2	4	3	1	2	4	2	4

### Apéndice D. Matriz de consistencia

Problema/sub problemas	Objetivos	Justificación	Marco teórico
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuáles son las características socio clínicas asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins en Lima, setiembre-diciembre, 2017?</p> <p><b>Problemas específicos:</b></p> <p>¿Cuáles son las características socio clínicas predominantes: <u>escolaridad, ocupación, diagnóstico y tiempo de enfermedad</u> de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p> <p>¿Cuál es el nivel de comodidad del paciente hospitalizado <u>en las dimensiones física, sociocultural, psicoespiritual y ambiental</u> en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p> <p>¿El grado de escolaridad se asocia al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión física y social en el servicio de neurocirugía del</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar las características socio clínicas asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>-Identificar las características socio clínicas del paciente hospitalizado según grado de escolaridad, ocupación, diagnóstico y tiempo de enfermedad en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>-Determinar el nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones física, sociocultural, psicoespiritual y ambiental en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>-Determinar si el grado de escolaridad está asociado al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión física y social en el servicio de</p>	<p><b>Teórica</b> La práctica del cuidado de enfermería expresa su legitimidad, en la medida que satisface las necesidades básicas del ser humano. No existiendo estudios previos en el servicio de neurocirugía, el estudio permitirá construir un marco teórico sobre las intervenciones de la enfermera y sus resultados desde la perspectiva del paciente y sus características socio clínicas.</p> <p><b>Práctica</b> Los resultados obtenidos permitirán conocer aspectos en los que sea necesario fortalecer las intervenciones de enfermería, por ser pacientes con afecciones discapacitantes y de alta cronicidad. La relevancia social del estudio, radica en que la comodidad es elemento base de la calidad de vida relacionada con la salud y expresión del cuidado humanizado; al evaluar la comodidad y satisfacción del paciente, se está en camino de elaborar planes de mejora a corto y mediano plazo.</p>	<p>1. El paciente en neurocirugía y las características socio clínicas. -Diagnósticos de enfermería relevantes para el cuidado del paciente. -Jerarquía de necesidades en el cuidado de enfermería. -Satisfacción de necesidades básicas, ciencia y arte del cuidado en pacientes neuroquirúrgicos.</p> <p>2. La comodidad: aspectos generales. - La comodidad desde la teoría de Katherine Kolcaba. - Tipos de comodidad. - Dimensiones de la comodidad: - La dimensión física de la comodidad del paciente. - La comodidad en los aspectos Sociales. - Aspectos psicoespirituales de la Comodidad. - Aspectos ambientales Comodidad.</p>



<p>hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p> <p>¿La ocupación se asocia al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión física y social en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p> <p>¿El tipo de diagnóstico se asocia al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión psicoespiritual y ambiental en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p> <p>¿El tiempo de enfermedad se asocia al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión psicoespiritual en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins?</p>	<p>neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>-Determinar si la ocupación está asociada al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión física y social en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>- Determinar si el tipo de diagnóstico está asociado al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión psicoespiritual y ambiental en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>-Determinar si el tiempo de enfermedad está asociado al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en la dimensión social y psicoespiritual en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>	<p><b>Metodológica:</b></p> <p>Los procedimientos seguidos en el estudio y sus posibles asociaciones socio clínicas serán referentes para estudios de alcance correlacional y analítico más amplios.</p>	<p><b>Hipótesis</b></p> <p><b>Ha:</b></p> <p>Las características socio clínicas están asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p><b>Ho:</b></p> <p>Las características socio clínicas no están asociadas al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p><b>Hipótesis específicas (a):</b></p> <p>-El grado de escolaridad se asocia al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones física y social en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>-La ocupación se asocia al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones física y social en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>-El tipo de diagnóstico se asocia al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones psicoespiritual y ambiental en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p> <p>-El tiempo de enfermedad se asocia al nivel de comodidad del paciente hospitalizado en las dimensiones social y psicoespiritual en el servicio de neurocirugía del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>
--	---	--	--

Tipo y diseño del estudio	Población y muestra	Técnica e instrumento de recolección de datos	Procesamiento y análisis de la información.
<p>-Enfoque cuantitativo.</p> <p>-Según el alcance de los resultados: descriptivo correlacional.</p> <p>-Según el número de mediciones y secuencia en el tiempo: es transversal.</p> <p>Diseño: sin intervención llamado también observacional, porque el comportamiento de la variable de interés se estudia sin modificar nada, tal y como se da en los pacientes del servicio de neurocirugía.</p>	<p>La población está constituida por el promedio de pacientes que egresa en un trimestre: 145.</p> <p>La muestra se selecciona por muestreo no probabilístico de tipo intencional, por razones de escasez de personal y disponibilidad limitada de tiempo.</p> <p>El tamaño de la muestra será de 60 pacientes.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <p>-Pacientes adultos entre 18-75 años.</p> <p>-Hospitalizados en el servicio de neurocirugía: Columna, Encéfalo y Neurovasculares por lo menos 3 días.</p> <p>Criterios de exclusión:</p> <p>-Pacientes con capacidad de comunicación verbal comprometida.</p> <p>-Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.</p>	<p>Técnica: la encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario cuya estructura tiene dos partes:</p> <p>I. Información general y socio clínica del paciente.</p> <p>II. Información específica: Cuestionario de comodidad modificado en base al CGC de Katherine Kolcaba.</p> <p>Total: 28 ítems con 4 opciones de respuesta en estilo Likert. Desde 1 nunca hasta 4 siempre.</p> <p>Puntaje mínimo: 28 puntos</p> <p>Puntaje máximo: 112 puntos.</p> <p>Mide la comodidad por dimensiones según puntos de corte para cada dimensión.</p> <p>Aplicado y validado en varios países y tipo de pacientes, familiares y cuidadores.</p> <p>Posee un alfa de Cronbach de 0,9 (2001) según Flórez M. En Colombia y de 0,74 en el año 2014 por González A, Montalvo y Herrera, en Cartagena.</p> <p>El coeficiente debe oscilar entre 0,7 y 1 para considerarlo confiable.</p>	<p>La información obtenida se ingresará a una matriz electrónica de SPSS versión 22 en español.</p> <p>Las características de los pacientes se presentarán mediante estadística descriptiva en frecuencias absolutas y porcentajes.</p> <p>Los niveles de comodidad se expresarán en medidas de frecuencias y prevalencia y medidas de tendencia central: desviación típica y varianza. Identificando que tipo de confort experimenta el paciente de manera predominante en cada dimensión.</p> <p>Las posibles asociaciones entre el grado de escolaridad, la ocupación, tipo de diagnóstico y tiempo de enfermedad se realizarán mediante la prueba de regresión logística.</p>