

La medición de la comodidad en enfermeras y pacientes oncológicos

Esperanza Ferrer Ferrandis

Tutor

José Luis Pacheco del Cerro

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid
esefe@terra.es

Resumen: La comodidad es un constructo que ha sido descrito como un elemento fundamental del cuidado en diferentes teorías enfermeras. Kolcaba realiza una conceptualización de la comodidad distinguiendo tres tipos en cuatro contextos diferentes. La comodidad ha sido medida con el cuestionario GCQ, que se ha mostrado como un instrumento fiable y válido. Se plantea como objetivo de esta tesis determinar en qué manera y hasta qué punto la comodidad de la enfermera influye sobre la comodidad del paciente. Para ello es previamente necesario validar la versión española del GCQ.

Palabras clave: Cuestionario. Fiabilidad. Validez. Cuidados de comodidad. Teoría de Kolcaba.

Summary: The comfort is a concept that has been described as a basic element of care in the different nursing theories.

Kolcaba has done a conceptualisation of comfort distinguishing three types of it in four different contexts. The comfort has been measured with the General Comfort Questionnaire (GCQ), proved as a tool reliable and valid.

The aim of this thesis is to determine in witch way and how much the nurse's comfort has an influence on the patients comfort. For that is ,first, necessary to validate the Spanish version of the GCQ.

Keywords: Questionnaire. Reliability. Validity. Comfort's care. Kolcaba's comfort theory.

INTRODUCCIÓN

Hablar de cuidados de comodidad^(1,2), se hace difícil si no se mantiene una mente abierta, libre, innovadora, y se plantea todo un discurso que fluye y circula por cauces inciertos, oscuros, difíciles y no por menos arriesgados, comprometidos, vitales, pues

los requerimientos de esos cuidados están muy comprometidos con el respeto a los valores y creencias de los sujetos que los reciben.

El cuidado de comodidad como fenómeno ha sido estudiado por numerosas teorizadoras de la disciplina enfermera, conceptualizándolo según las orientaciones teóricas de las cuales parten⁽³⁾.

Sin embargo en muchas de sus proposiciones y tras la revisión de la literatura enfermera, podemos encontrar la utilización del concepto: confort, comodidad y bienestar, como sinónimos a la hora de definir, **la acción de cuidado como pensamiento, como hecho cuidativo y como resultado de la acción de cuidar**⁽⁴⁾.

Posiblemente la utilización de los términos confort, comodidad y bienestar como sinónimos, se debe a las diferentes traducciones efectuadas del inglés por distintos autores.

Consultado el término confort en el diccionario de la Real Academia Española este proviene del término francés confort y éste a su vez del término inglés comfort; La definición que da la RAE es “aquello que produce bienestar y comodidades”⁽⁵⁾.

El término **comodidad**, proviene del latín *commoditas, atis*; cualidad de cómodo y este del latín *commodus*. El antónimo de comodidad es incomodidad. Por el contrario, la palabra confort no tiene antónimo en lengua española, dado que el antónimo del inglés “comfort” es “discomfort” que no tiene traducción en el diccionario de la RAE⁽⁵⁾.

Analizando la familia léxica de verbos relacionados con comodidad encontramos los términos acomodar e incomodar. El término **acomodar** etimológicamente proviene del latín *accommodare* y significa “colocar o poner en un lugar conveniente o cómodo, disponer, preparar”. Por tanto, encontramos un término relacionado con el cuidado de comodidad.

Por contraposición el término **incomodar** del latín *incommodare*: causar incomodidad, daría lugar a la necesidad de cuidados terapéuticos de comodidad⁽⁵⁾.

Parece pertinente utilizar el concepto **comodidad** al referirse al trabajo conceptual realizado por Kolcaba, dado que la lengua Española proviene del latín y el presente estudio trata de validar la teoría de Kolcaba en nuestro contexto.

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

El cuidado orientado a la comodidad adquiere su significado cuando sirve de ayuda para que el otro exprese su vulnerabilidad. Dotar a la persona con instrumentos

que le sirven para el análisis de la situación, alcanzando sosiego y serenidad. El cuidado aumento de comodidad es un dialogo de presencias, que se produce cuando dos personas se encuentran y están permeables para obtener beneficios recíprocos⁽⁶⁾.

Partiendo de esta premisa, la presencia de comodidad en la enfermera se plantea como elemento terapéutico, para el aumento de comodidad del otro. Proporciona el marco adecuado para potenciar y reestructurar las conductas saludables, que contribuyen a un mayor equilibrio estructural, en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psicoespiritual, social y ambiental) que identifica Kolcaba⁽⁷⁾.

Los cuidados de comodidad, eran el objetivo del ejercicio profesional a principios del siglo XX. Las medidas de comodidad iban orientadas a proporcionar un entorno tranquilo y agradable, para así poder satisfacer las necesidades de descanso, sueño, nutrición, eliminación e higiene así como las necesidades mentales que pudieran verse perturbadas por la aparición de la enfermedad⁽⁸⁾.

Virginia Henderson^(9,10), hace referencia en múltiples ocasiones a la comodidad del paciente en la satisfacción de las necesidades fundamentales, así como en la comodidad de las enfermeras como proveedoras del cuidado.

Para **Jean Watson**⁽¹¹⁻¹⁴⁾ en su teoría La Ciencia del Cuidado describe el fenómeno de la comodidad como elemento importante de su desarrollo, refiriéndose a ella como apoyo, protección o corrección en los ambientes internos y externos de una persona, identificando las medidas de comodidad que las enfermeras realizaban. Utilizó el término de medida de confort como sinónimo de intervención enfermera.

Merle Mishel^(3,15) estudia la incertidumbre que provoca los hechos que guardan relación con la enfermedad, e influyen negativamente en la calidad de vida de las personas, la satisfacción de las relaciones familiares y en la satisfacción por parte del servicio sanitario. Si se acepta la incertidumbre como parte de la vida, esta puede convertirse en una fuerza positiva que ofrezca nuevas oportunidades y alternativas para poder alcanzar un buen estado de ánimo y comodidad en los pacientes.

Para las enfermeras, el poder determinar el grado de comodidad que presentan los enfermos oncológicos y su posible asociación al nivel de incertidumbre que genera el pronóstico de la enfermedad, plantea un reto profesional de una gran dimensión, en tanto que permitirá, profundizar en las estrategias necesarias, para incorporar cuidados terapéuticos de comodidad, que alivien las incertidumbres producidas por la incomodidad que genera ese tipo de enfermedades⁽¹⁵⁾.

Como se ha descrito en el texto, muchas de la teorizadoras^(8,10,11,16-21) desarrollan elementos circunscritos al significado del término comodidad, pero es la autora **Katharine Kolcaba**, la que ha **desarrollado un marco teórico para el cuidado de comodidad**^(1, 22).

En la descripción teórica, plantea la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de medidas de comodidad para satisfacer esas necesidades y su posterior valoración después de su implantación como la esencia del cuidado enfermero⁽²³⁾.

Conceptualiza la comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de tres tipos de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia, en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psico-espiritual, social y ambiental)^(1,22,23).

Kolcaba^(1,23) (Fig. 1) partió de la estructura taxonómica del confort, como guía para desarrollar el cuestionario general de comodidad y así poder medir el grado de comodidad holística⁽²⁴⁾.

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

Figura 1. Estructura taxonómica del confort de Kolcaba^(1,23).

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

El proceso complejo que se produce ante cualquier enfermedad, transcurre paralelamente a la complejidad de la propia vida de los sujetos, cuando estos se enfrentan a situaciones en la que se ven comprometidas sus necesidades de comodidad, se pone de manifiesto la verdadera potencialidad del ser humano, en la búsqueda de la restitución del orden que estas producen en los procesos vitales, emergiendo así las intervenciones de comodidad que permitan restituir el orden^(25,26).

Los tres tipos de confort que describe Kolcaba⁽²²⁾, fueron desarrollados a partir del pensamiento de las tres primeras teorizadoras enfermeras, el trabajo desarrollado por Orlando permitió elaborar el concepto de **alivio**, quien afirmaba “que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes”. Esta autora utiliza el término

de necesidad como requerimiento, a diferencia de cómo queda definido por Virginia Henderson en su modelo^(9,10).

Referente a la definición que hace Orlando de la salud⁽¹⁸⁾, la relaciona con el sentimiento de bienestar y comodidad física y mental, por lo que se desprende que los cuidados irán orientados al logro de la comodidad holística del sujeto y dentro del entorno donde se lleve a cabo el proceso de cuidar.

Para el concepto de **tranquilidad** utilizó el pensamiento de Henderson^(9,10), que describe las trece funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse en la homeostasis. Su concepto de necesidad está planteada como requisito para la vida. Para Henderson el termino necesidad es anterior al problema, de ello se desprende que la comodidad sería un requisito para alcanzar un nivel óptimo de salud y por tanto un grado de independencia. El problema relacionado con el requisito para la vida sería la incomodidad y por ello la posible pérdida de autonomía.

El último concepto de **trascendencia**, Kolcaba lo elaboró a partir de la obra de Paterson y Zderad⁽¹⁹⁾, estas autoras afirman que las personas pueden superar sus necesidades de salud con la ayuda de las enfermeras.

Su concepción de enfermería humanística, es una teoría práctica que anima a las enfermeras y a sus clientes a buscar interpretaciones y significados de la vida, estimulan la exploración y la comprensión de los acontecimientos vitales.

Paterson y Zderad⁽¹⁹⁾ argumentan que los elementos que comprende el cuidado están desarrollados a partir del encuentro entre personas (enfermeras y pacientes), cuya relación implica transacciones con las influencias que la intersubjetividad de los sujetos les otorgan, en un contexto circunscrito en tiempo y espacio, con un fin en sí mismo, lograr el bienestar y el desarrollo humano.

En el pensamiento de Paterson y Zderad⁽¹⁹⁾ la enfermedad adquiere un significado que sobrepasa los límites que le otorga el desequilibrio fisiológico, las personas (enfermeras-pacientes) que comparten vivencias, que van mas allá del cuerpo físico enfermo y que se sitúan en un plano de estar y hacer con el otro. Es cuando la enfermedad se constituye como un crisol existencial de aprendizaje y desarrollo humano.

En la bibliografía revisada hay una cita recogida de Aikens⁽²⁷⁾ en la que se afirma que, **"a la hora de procurar la comodidad del paciente ,no había que ignorar ningún detalle. La comodidad es el primer y último objetivo de la enfermera. Y una buena enfermera hace que los pacientes se sientan cómodos y proporcionar comodidad es uno de los factores determinantes de la capacidad y el carácter de una enfermera"**.

El fenómeno de la comodidad y la relación que se establece con las personas que necesitan asistencia en unidades clínicas, es algo positivo, que se logra como

consecuencia de los cuidados de comodidad terapéuticos que las enfermeras ofrecen y que tienen como consecuencia la mejora del estado de salud de las mismas.

Los cuidados de comodidad imbrican, la palabra, la voz, la mirada y la comodidad del propio sujeto, frente a la palabra, la voz, la mirada y la comodidad del cuidador^(4,28).

La medición de la comodidad

Para la medición cuantitativa de la comodidad se han desarrollado diferentes instrumentos de medida, que se recogen la tabla 1.

Denominación del instrumento	Fiabilidad	Número de ítems	Número de sujetos	Estructura	Dimensión medida
Maternal Comfort Assesment(29)	Interobservadores 89%	7	40	No aplicable	Física
Dementia Comfort Checklist (30)	CC r = 0,88	9	82	No aplicable	Psicológica
General Comfort Questionnaire (GCQ) (31)	α Cronbach = 0,88	48	256	Análisis factorial: alivio, tranquilidad y trascendencia	Física Psicológica Social Ambiental
The Comfort Scale (Distress in Pediatric intensive Care Units)(32)	Interobservador 0,84 Consistencia interna 0,90	8 y EVA	50	Correlación entre 8 dimensiones	Ambiental Física
Physical Berdrest Comfort Measure(33)	α Cronbach = 0,73	19	30	Sujetos insuficientes	Física
Radiation Therapy Comfort (posición de la cama)(34)	-	1 EVA	17	No	Física
Radiation Therapy Comfort Questionnaire(35)	α Cronbach = 0,76	26 y EVA	53	Sujetos insuficientes	Física
Urinary Incontinence and Frequency Comfort Questionnaire (UIFCQ)(36)	α Cronbach = 0,82	23	40	Sujetos insuficientes	Física
Psychiatric In-Patients Comfort Scale (PICS)(37)	α Cronbach = 0,89	38	273	3 factores: alivio, tranquilidad y trascendencia	Ambiental Psicológica Física Social

Tabla 1. Instrumentos de medida de la comodidad.

De todos estos instrumentos el Cuestionario General de Comodidad (GCQ) ha mostrado ser coherente con la estructura conceptual desarrollada por Kolcaba⁽⁷⁾, ser válido y tener una alta consistencia interna.

El GCQ consta de 48 ítems que se miden en una escala tipo Likert de cuatro puntos, en la que 4 asigna un valor “totalmente de acuerdo”, y la puntuación 1 un valor “totalmente en desacuerdo”. 24 ítems se miden de forma positiva y otros tantos de forma negativa (Anexos 1 y 2). El instrumento ha mostrado validez de constructo al mostrar mayores puntuaciones en personas que se encontraban en el ámbito comunitario frente a las personas que se encontraban ingresadas en el hospital.

De este cuestionario se han desarrollado versiones para los pacientes y para las enfermeras.

La puntuación total obtenida por el sujeto encuestado, se calcula sumando la puntuación de los ítems positivos con la puntuación invertida de los valores de los ítems negativos.

Mayores puntuaciones de este instrumento de medida de la comodidad indican mayor nivel de comodidad.

Partiendo de los antecedentes expuestos, se propone un estudio que aborde de qué manera y hasta qué punto la comodidad de las enfermeras influye en la comodidad de los pacientes atendidos en las unidades de oncología.

Para poder abordar este objetivo es necesario disponer de instrumentos fiables, consistentes y válidos que permitan poder contestar a la hipótesis anteriormente planteada.

Por ello que me planteo como **objetivos iniciales** del estudio:

- Asegurar la fiabilidad y validez de la versión española de los cuestionarios de comodidad general para pacientes y enfermeras de K.Kolcaba.
- Identificar las características psicométricas del instrumento GCQ en sus versiones para enfermeras y pacientes en una población de pacientes oncológicos.

Diseño del estudio

Estudio observacional de tipo trasversal

Material y Método

Para llevar a cabo este proyecto es necesario realizar una revisión de la bibliografía disponible en función de los siguientes criterios.

La estrategia de búsqueda se planteó para que se pudiera recuperar el mayor número de referencias bibliográficas relacionadas con la teoría de Kolcaba, así como

los estudios de investigación, que otros autores hubieran podido desarrollar en diferentes ámbitos clínicos, que tengan como marco de desarrollo la estructura teórica Kolcaba⁽²²⁾.

Se han consultado las bases de datos de CINALH y MEDLINE, CUIDEN, CUIDEN PLUS, CUIDATGE a través de los términos controlados, en los últimos diez años (Fig. 2).

Search	Most Recent Queries
#18	Search ((#16) AND (#5))
#17	Search ((#16) OR (#5))
#16	Search "Patient Satisfaction"[MeSH] AND "Nursing Theory"[MeSH]
#14	Search katharine kolcaba
#13	Select 10 document(s)
#12	Search Kolcaba, Katharine[author]
#11	Search comfort nurses patients oncology
#10	Search comfort theory nursing
#9	Search "Nursing Theory"[MeSH] AND "Holistic Nursing"[MeSH] AND comfort[Title/Abstract]
#8	Search "Nursing Theory"[MeSH] AND "Holistic Nursing"[MeSH]
#5	Search "Nursing Theory"[MeSH] AND comfort [Title/Abstract] AND comfort[Title/Abstract]
#4	Search "Nursing Theory"[MeSH]

Figura 2.

No se ha encontrado ninguna referencia sobre estudios realizados en nuestro contexto que haga referencia al tema de estudio propuesto.

Dado el interés que el tema ha suscitado en K. Kolcaba autora del cuestionario GCQ, ha incluido en su página WEB, la cita de validación de los cuestionarios en lengua española se encuentra disponible en: <http://www.thecomfortline.com/webinstruments.html>.

Método

El instrumento de medida de la comodidad a emplear en el estudio no dispone de una versión adaptada y validada en el contexto español.(38) Por ello es necesario realizar esta tarea previamente, mediante los pasos siguientes:

- **Traducción**

Se procedió a traducir los cuestionarios de K. Kolcaba, GCQ para pacientes y enfermeras de la lengua original (inglés) al español, en base a la conceptualización teórica que hace la autora sobre las cuatro dimensiones y los tres tipos de comodidad, que trata de medirse a través del cuestionario.

Se utilizaron técnicas de traducción y retrotraducción por profesionales bilingües, siendo evaluada dicha traducción posteriormente por enfermeras

expertas. Por último se ha realizado un pretest para asegurara la total comprensión de los términos empleados en el cuestionario^(39,40).

- **Validez**

Para determinar la validez de constructo se realiza un análisis factorial exploratorio, según el método de componentes esenciales para la extracción de factores y con una rotación oblicua tipo Promax⁽⁴¹⁾. Este método ha sido elegido porque, desde un punto de vista teórico, se espera una correlación entre los distintos factores del instrumento. Dado que este ya ha sido probado y validado previamente y en esta ocasión solo se está realizando su adaptación a un contexto nuevo^(40,42-44).

La validez de criterio, que valora si el resultado obtenido en un estudio es el adecuado, se realizará una comparación entre la situación que se mide, frente a otras situaciones en que ya se conoce su validez.

Para identificar la **validez concurrente**, la correlación que existe entre las puntuaciones de la escala del instrumento GCQ versión enfermeras , con las puntuaciones obtenidas con el Nursing Work Index que mide el clima laboral en una unidad⁽⁴⁵⁾.

Aunque ambos instrumentos no miden exactamente lo mismo, parece lógico que un clima laboral adecuado facilite un estado de comodidad en la práctica enfermera que vienen realizando las profesionales, se aplicará el Coeficiente de Correlación o Test de Pearson⁽⁴³⁾.

En el caso de los pacientes para determinar la **validez predictiva**, se estudiará las puntuaciones del GCQ versión pacientes frente a las puntuaciones que obtienen los pacientes en una escala EVA de dolor, se aplicará el Coeficiente de Correlación de Spearman⁽⁴³⁾.

Si el dolor es la principal fuente de incomodidad de un paciente es adecuado establecer a priori que esta situación del paciente se mostrará en la puntuación alcanzada en el instrumento de medida.

Para determinar la **fiabilidad como equivalencia**, utilizaremos el coeficiente de KAPPA que permite cuantificar el grado de acuerdo entre observadores, pues corrige el factor azar. La medición de la fiabilidad mediante el Test-Retest, permite identificar si existe modificación en las puntuaciones a lo largo del tiempo, por familiarización del paciente con el cuestionario⁽⁴²⁾.

La **fiabilidad como consistencia interna** de la medida, hace referencia al grado de comodidad que mide cada ítems. Se utilizará el Coeficiente alfa de Cronbach dado que se miden en una escala likert de 4 puntos.

Como el instrumento es multidimensional no es correcto medir la consistencia interna de todos los ítems, por lo que se aplicara a las diferentes categorías por separado: físico psicoespiritual, social y ambiental^(38,39,46).

Instrumentos

- GCQ (versión pacientes y enfermeras), En los cuestionarios CQG de las enfermeras se incorporan las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, año finalización de los estudios de enfermería, otra formación relacionada con la oncología, experiencia clínica, tiempo trabajado en unidades oncológicas. En los cuestionarios CQG de los pacientes se incluyen las variables siguientes: edad, sexo, estado civil, diagnóstico y pronóstico y años duración de la enfermedad.
- Nursing Work Index.
- EVA y Pfeiffer.

Ámbito

Unidades del área de oncología del hospital La Fe de Valencia, durante el periodo: septiembre octubre y noviembre del 2007.

Sujetos de estudio

Para estudiar las propiedades psicométricas de la versión española del GCQ se seleccionara una muestra correspondiente a:

- **Enfermeras**

Se incluirá toda la población de enfermeras de la plantilla de las unidades oncológicas del Hospital Universitario La Fe de Valencia.

- ✓ 31 enfermeras que prestan cuidados directos en las tres unidades clínicas de oncología.
- ✓ 11 enfermeras que prestan cuidados directos en el hospital de día oncológico del Hospital Universitario La Fe de Valencia.

- **Enfermos**

216 personas ingresadas en las tres unidades de oncología en el periodo de estudio y con una estancia mayor a una semana (ingresos aproximados por unidad en el año 2006- 290 pacientes con una estancia media de 25'99).

Y 100 enfermos sometidos a tratamiento de quimioterapia en el hospital de día oncológico dado que la media diaria de enfermos es de 100 pacientes y sus tratamientos son cíclicos: una semana de duración y periodos de rotación mensual.

Se excluirán aquellos que presenten un deterioro cognitivo severo objetivado mediante la escala de Pfeiffer.

La muestra de pacientes corresponde a la disponibilidad de los sujetos (43) en el periodo de estudio(septiembre, octubre y noviembre).

La función de cálculo del número de encuestados necesarios depende del nivel de significación que se desea alcanzar ($Z\alpha$) y de la potencia ($Z\beta$) y la desviación típica (S) observada en las puntuaciones obtenidas⁽⁴⁷⁾.

En nuestro caso, el número viene determinado por la factibilidad de la obtención de casos en un tiempo y espacio, por lo que el impacto se producirá sobre el nivel de significación de los resultados según la ecuación:

$$N = (2 (Z\alpha + Z\beta) * S^2) / (2 S)^2 \text{ (47)}$$

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 12.0 para Windows.

Cronograma de la 1ª Fase proyecto

	Mayo	Julio	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Feb.	Marzo	Abril
Traducción cuestionarios											
Recogida de datos											
Elaboración de base de datos											
Introducción de datos en base de datos											
Análisis de datos											
Preparación informe de investigación											
Preparación del artículo original											
Traducción y envío a revista											

BIBLIOGRAFIA

1. Kolcaba K. Comfort Theory and Practice. New York: Springer Publishing Company; 2003.
2. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advance Nursing. 1994; 19:1178-84.
3. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2003.

4. Ferrer Ferrandis E. Comodidad: acción de cuidado como pensamiento, como hecho cuidativo y como resultado de la acción . (Consultado 4 de Junio 2007). Disponible en <http://educare21.net>.
5. Real Academia Española (Madrid). Diccionario de la lengua española. 22ª ed. Madrid: Espasa Calpe; 2001.
6. Ferrer Ferrandis E. Una experiencia de cuidado desde la teoría del caos. educare21 [En línea]. 2003;2. Consultado el 12 de Marzo 2007. Disponible en: <http://educare21.net>.
7. Kolcaba K. Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing; 2003.
8. Nightingale F. Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona: Salvat; 1991.
9. Henderson V. The nature of nursing. Am J Nur. 1964; 64(8):62-8.
10. Henderson V. The nature of nursing: a definition and its implications for practice. research and education. New York: Macmillan; 1966.
11. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. 2nd ed. Boulder: Associated University Press; 1985.
12. Watson J. Nursing: human science and human care. A theory of nursing. New York: National League of Nursing; 1988.
13. Watson J. Post-modern nursing and beyond. New York: Harcourt-Brace/Elsevier; 1999.
14. Watson J. Assessing and measuring caring in nursing and health sciences. New York: Springer Publishing Co; 2001.
15. Alexandra Torres A, Olivia Sanhueza A. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. Ciencia y Enfermería. 2006; XXII (1):9-17.
16. Cavanagh SJ. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1993. (Masson-Salvat Enfermería)
17. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2002.

18. Orlando I. The dynamic nursing-patient relationship. Function, process, and principles: New York: Putman; 1961.
19. Paterson J, Zderad L. Humanistic nursing: New York: Wiley and Sons; 1979.
20. Leininger MM. Caring: an essential human need. New Jersey: Charles B. Slack; 1981.
21. Roy C, Andrews HA. The Roy adaptation model: definitive statement. Norwalk: Appleton & Lange; 1991.
22. Kolcaba K, Kolcaba R. An analysis of the concept of comfort. J Adv Nurs. 1991; 16:1301-10.
23. Kolcaba K, Kolcaba R. An analysis of the concept of comfort. J Adv Nurs. 1991; 16:1301-10.
24. Kolcaba R. The primary holisms in nursing. J Adv Nurs. 1997;25:290-6.
25. Ferrer Ferrandis E. Una mirada compleja de lo concreto. Disco de ponencias y comunicaciones V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería – Valencia 13 y 14 de mayo de 2004 Valencia: AENTDE; 2004.
26. Ferrer Ferrandis E. Miradas y voces del discurso enfermero. educare 21[En línea]. 2004;8. Consultado 12 de Marzo 2007. Disponible en: <http://educare21.net>.
27. Aikens C. Making the patient comfortable. The Canadian Nurse. 1908; 4(9):422-4.
28. Foucault M. Estética, ética y hermenéutica. Barcelona: Paidós; 1999.
29. Andrew C, Chrzanowski M. Maternal position, labor, and comfort. Appl Nurs Res. 1990; 3(1):7-13.
30. Hurley A, Volicer B, Hanharahan S, Volicer L. Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patient. Res Nurs Health. 1992; 15:369-377.
31. Kolcaba K. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. Adv Nurs Scien. 1992;15(1):1-10.
32. Ambuel B, Hamlett K, Marx C, Blummer J. Assessing distress in pediatric intensive care environments: the COMFORT scale. J Pediatr Psychol. 1992; 17(1):95-109.

33. Hogan-Miller E, Rustand D, Sendelbach S, Goldenberg I. Effects of three methods of femoral site immobilization on bleeding and comfort after coronary angiogram. *Am J Criti Care*. 1995; 4(2):143-8.
34. Cox J. Assessing comfort in radiation therapy. *Radiation Therapist*. 1996;5(2):119-25.
35. Kolcaba K, Fox C. The effects of guided imagery comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*. 1999;26(1):67-72.
36. Dowd T, Kolcaba K, Steiner R. Using cognitive strategies to enhance bladder control and comfort. *Holistic Nursing Practice*. 2000;14(2):91-103.
37. Alves-Apóstolo J, Kolcaba K, Cruz-Mendes A, Calvário-Antunes MT. Development and psychometric evaluation of the Psychiatric In-patients Comfort Scale(PICS). *Enferm Clin*. 2007; 17(1):17-23.
38. Martín Arribas M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión*. 2004; 5 (17):23-9.
39. Esteban M, Ruiz C, Cerezo F. Validación del cuestionario ILP-R, versión española. *Anales de Psicología*. 1996;12(2):133-51.
40. San Martín-Rodríguez L, D'Amour D, Leduc N. Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español. *Enferm Clin*. 2007; 17(1):24-31.
41. Pedhazur E, Schmelkin L. *Measurement ,desing, and analisis: And integrated approach*: Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1991.
42. Alves-Apostolo J, Kolcaba K, Cruz-Mendes A, Calvario-Antunes M. Development and psychometric evaluation of the Psychiatric In-patients Comfort Scale (PICS). *Enferm Clin*. 2007; 17(1):17-23.
43. García Roldán JL. *Cómo elaborar un proyecto de investigación*. Alicante; 1995.
44. Cabrero García J, Richart Martínez M, Reig Ferrer A. Validez de constructo de tres escalas de satisfacción del paciente mediante la estrategia de matrices multirrasgo-multimétodo. *Análisis y modificación de conducta*. 1995; 21:77.
45. Havens DS, Labov T, Faura t, Aiken LH. Entorno clínico de la enfermera hospitalaria. *Enferm Clin*. 2002;12(1):13-21.

46. Andres Iglesias J, NF AR, JA FP. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre hipercolesterolemia en la farmacia comunitaria. Seguimiento Farmacoterapeutico. 2005;3 (4):189-96.
47. Pita Fernández S. Determinación del tamaño muestral Cad Aten Prim. 1996;3:138-41.

Recibido: 1 junio 2009.

Aceptado: 23 julio 2009.