

## Validación de la escala de confort para familiares de personas en estado crítico de salud<sup>1</sup>

Kátia Santana Freitas<sup>2</sup>  
Igor Gomes Menezes<sup>3</sup>  
Fernanda Carneiro Mussi<sup>4</sup>

**Objetivo:** validar la Escala de Confort para Familiares de personas en estado crítico de salud. **Método:** se trata de un estudio metodológico. La muestra estuvo constituida por 274 familiares de personas adultas, internadas en seis unidades de terapia intensiva, que respondieron a 62 ítems, distribuidos en 7 dimensiones. Los procedimientos de validación adoptados fueron basados en las técnicas de la Teoría Clásica de las Pruebas. **Resultados:** el análisis de la dimensionalidad fue realizada por medio del análisis por componentes principales, obteniéndose una escala con 55 ítems distribuidos en 4 factores: seguridad, soporte, interacción familiar/ente e integración consigo y con lo cotidiano. El análisis del poder discriminatorio de los ítems, realizado por el coeficiente de correlación ítem-total, mostró buena relación de los ítems con sus respectivos factores. El examen de confiabilidad de la escala, realizado por medio del análisis de consistencia interna, presentó un coeficiente Alfa de Cronbach elevado para los 4 factores y la medida general. **Conclusión:** la Escala de Confort presentó parámetros psicométricos satisfactorios, constituyéndose en el primer instrumento válido para la evaluación del confort de familiares de personas en estado crítico de salud. La investigación avanzó en la construcción de un referencial teórico sobre el confort, y suministró al equipo de salud una medida guiada en evidencias empíricas.

**Descriptorios:** Psicometría; Familia; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermería.

<sup>1</sup> Artículo parte de la tesis de doctorado "Construcción y validación de la escala de confort para familiares de personas en estado crítico de salud (ECONF)", presentada en la Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 483821/2011.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Adjunto, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Correspondencia:

Kátia Santana Freitas  
Universidade Estadual de Feira de Santana  
Departamento de Saúde  
Av. Transnordestina, Km 3, s/n  
Bairro: Novo Horizonte  
CEP: 44036-900, Feira de Santana, BA, Brasil  
E-mail: ksfeifpro@hotmail.com

**Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

El confort puede ser descrito como un constructo complejo y multidimensional, siendo que diferentes conceptos han sido utilizados por los investigadores del área para caracterizarlo. Cuando asociado a familiares de personas internadas en Unidades de Terapia Intensiva (UTI), el confort ha sido relacionado apenas a la infraestructura del ambiente hospitalario, como salas de espera con asientos confortables y televisiones, acceso a alimentos, bebidas y frazadas<sup>(1)</sup>. Entretanto, se entiende que la promoción del confort extrapola la esfera ambiental, ya que proviene de la interacción de los familiares con las prácticas de salud, la racionalidad médica científica que las fundamentan y los objetos institucionales, los cuales podrán ser fuente de confort o incomodidad<sup>(2)</sup>. Además de eso, la vivencia de incomodidades o confort está relacionado con la posición que el miembro internado ocupa en el contexto familiar, la evolución de su condición de salud y la percepción de la familia sobre su sufrimiento, así como por las estrategias de enfrentamiento utilizadas por la familia en experiencias previas con internación hospitalaria o enfermedad<sup>(3)</sup>.

El reconocimiento del impacto de la enfermedad grave para familiares de pacientes en condiciones críticas de salud está descrito en la literatura<sup>(4-5)</sup>, pero todavía existe una comprensión limitada sobre lo que significa, para la familia, sentirse confortada y para los profesionales la multidimensionalidad de ese fenómeno. En ese sentido, las prácticas de cuidar pueden no contemplar su promoción.

La carencia de estudios nacionales e internacionales sobre el tema del confort, en la perspectiva de familiares y sobre su evaluación en el contexto de la UTI, quedó evidente en la revisión de literatura hecha en las bases de datos LILACS, MEDLINE y CINAHAL, en los últimos diez años, empleándose los unitermos *confort*, *familia*, *UTI*, *comfort*, *family*, *intensive care unit*. No se identificaron estudios sobre la evaluación del confort de familiares de personas en UTI. En apenas una investigación fue propuesta la evaluación del confort de cuidadores de personas en fase terminal, la cual se constituyó de una adaptación del *General Comfort Questionnaire*<sup>(6)</sup>.

Considerando esos vacíos, la defenza del confort de la familia como meta del cuidado en enfermería<sup>(7-8)</sup>, evidencia la necesidad de contar con mayor conocimiento específico sobre el confort, con bases en la familia brasileña, además existe la carencia de instrumentos apropiados para su medición; así, se torna indispensable

aproximarse de la comprensión y evaluación de ese fenómeno.

Delante de ese panorama, se identificó la necesidad de construir la Escala de Confort para Familiares de Personas en Estado Crítico de Salud (ECONF), empleando procedimientos teóricos y empíricos para la elaboración de escalas, según la Teoría Clásica de las Pruebas (TCP)<sup>(9)</sup>. Para el estudio de la validez de contenido de la ECONF, en la primera etapa del proceso de construcción de una escala: se identificaron el significado, las dimensiones y los descriptores del confort para familiares, se desarrollaron los ítems para cada dimensión del constructo y se definió la forma del instrumento piloto y las instrucciones para su aplicación. Una vez definidos los procedimientos de validez de contenido, la ECONF fue sometida al estudio de sus propiedades psicométricas, dimensionalidad y confiabilidad, objetivando su validación final.

Con base en el expuesto, en este estudio se objetivó validar la Escala de Confort para Familiares de Personas en Estado Crítico de Salud

## Método

Se trata de un estudio metodológico, realizado en seis UTIs de tres hospitales de gran porte, de la red pública del estado de Bahía.

Los participantes fueron familiares de personas adultas internadas en la UTI, que atendieron a los criterios de: tener edad  $\geq$  de 18 años, ser la persona más próxima del miembro hospitalizado que convive con él y mantiene relacionamiento estrecho, tener un familiar adulto en la UTI con más de 24 horas de internación, haber realizado por lo menos una visita a su miembro y estar en condiciones emocionales para responder a las preguntas de la investigación. Para el cálculo del muestreo, se adoptó como parámetro un error de 5% y una población de 420 sujetos. Se consideró el total de 210 camas de UTI en hospitales públicos de las ciudades de Feira de Santana y Salvador, entretanto, objetivando entrevistar dos familiares de un miembro en la UTI, se estimó, como población para el estudio, 420 sujetos. Después del establecimiento de esos parámetros, el cálculo de la muestra apuntó 246 participantes. Sin embargo, se obtuvo una muestra de 274 familiares, entre 8 de julio y 27 de noviembre de 2010.

Para la recolectar los datos se emplearon dos instrumentos utilizando la entrevista. El primero fue compuesto por preguntas cerradas sobre datos referentes al miembro de la familia internado y sobre

datos sociodemográficos de los familiares. El segundo fue constituido por la versión preliminar de la ECONF, formada por 62 ítems distribuidos en siete dimensiones: seguridad (14 ítems), acogimiento (12 ítems), información (12 ítems), soporte social y espiritual (4 ítems): proximidad (4 ítems), comodidad (7 ítems) e integración consigo y con lo cotidiano (9 ítems).

Para medir el grado de confort en relación a cada ítem, se utilizó una escala graduada del tipo Likert, con cinco intervalos de respuesta, que variaban de 1 - nada confortable, 2 - poco confortable, 3 - más o menos confortable, 4 - muy confortable y 5 - totalmente confortable. La escala de medida es creciente, o sea, cuanto mayor es el valor atribuido a los ítems, mayor es el grado de confort.

El trabajo fue aprobado por Comité de Ética en Investigación y atendió las observaciones de la Resolución nº466/12, del Consejo Nacional de Salud, habiendo sido aprobado con el Protocolo CEP 078/09.

Para la identificación de los sujetos, se buscó en el censo diario de las UTIs, a las personas con tiempo de internación superior a 24 horas y, en la sala de espera, a los familiares que atendían a los demás criterios de inclusión. Estos eran orientados sobre los objetivos y procedimientos de la investigación. Después de la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), eran convidados a participar de la entrevista en una sala privada próxima a la UTI. Fueron entrevistados hasta dos miembros de una misma familia.

Para el análisis, se utilizó el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 18.0, plataforma Windows. El test de la hipótesis de normalidad utilizado fue el de Kolmogorov-Smirnov, siendo verificados, además, los valores de asimetría y de curtosis de la distribución multivariada. Después del examen de esa distribución, se eliminaron 24 casos *outliers* para corregir las desviaciones de normalidad de la distribución, permaneciendo 250 casos para el análisis. Se emplearon estadísticas descriptivas para describir las características de los familiares y los puntajes de la ECONF.

Para el análisis de la dimensionalidad, se utilizó el Análisis por Componentes Principales (ACP). Para evaluar la posibilidad de factorizar la escala, se realizó el test Kaiser-Meyer-Olkin *Measure of Sampling Adequacy* (KMO), que indica la adecuación de los datos a la ACP. Cuanto más próximo del valor 1, la adecuación es mejor. Para determinar el número de factores a ser extraídos, se utilizaron los criterios de Kaiser (*Eigenvalue* >1), Cattell (*Scree Plot*) y de Horn (análisis paralelo). El

procedimiento de rotación adoptado fue ortogonal, del tipo Varimax. Para confirmar o refutar la hipótesis de unidimensionalidad del constructo, debido a la variancia elevada del primer componente extraído, se realizó una ACP, con dos factores, rotación oblicua Promax, en el programa Microfact, utilizando la matriz de correlaciones policóricas, utilizando como parámetro la correlación entre los dos factores. Las cargas factoriales fueron consideradas significativas cuando excedían el valor absoluto de 0,30. Fueron excluidos ítems que no presentaron carga factorial en ningún factor e ítems ambiguos, por presentar carga factorial en más de un factor, cuya diferencia entre ellas fue menor que 0,10. Los ítems que presentaron carga factorial en más de un factor, y cuya diferencia entre ellas fue mayor que 0,10, permanecieron en el factor en que obtuvieron mayor carga factorial<sup>(10)</sup>.

El análisis del poder discriminatorio de los ítems fue hecho por el coeficiente de Correlación Ítem-Total (CIT), que objetiva medir el relacionamiento de cada ítem con su respectiva dimensión. Ese tipo de análisis orientó la permanencia o exclusión de un ítem al apuntar la contribución que ofrecía a su dimensión. Se estandarizó 0,20 como valor mínimo para exclusión de un ítem<sup>(11)</sup>. Para el examen de la consistencia interna de la escala, se utilizó, el coeficiente Alfa de Cronbach de los factores y de la medida general, considerando un valor de Alfa para la medida como un todo, así como para sus dimensiones de, por lo menos, 0,70<sup>(11)</sup>. Para el análisis paralelo de Horn fue utilizado el programa Stata.

## Resultados

La edad promedio de las personas en la UTI fue de 55,8 años ( $\pm 19,0$ ) y el tiempo de internación promedio fue de 8,2 días ( $\pm 8,4$ ). El diagnóstico médico predominante fue clínico (49,6%), seguido del quirúrgico (39,3%) y clínico con evolución para quirúrgico (11,1%). Predominaron como motivos de internación: postoperatorio (33,8%), disturbio cardíaco (20,5%) y respiratorio (12,0%) y como nivel de gravedad, grave inestable y gravísimo (24,0%) y estable (28,2%). Predominaron familiares del sexo femenino (75,6%), con edad promedio de 40,6 años ( $\pm 11,9$ ), casados/unión estable (69,2%), católicos (59,2%), con segundo grado completo (33,2%), económicamente activos (60%) y sin experiencia anterior con familiar en UTI (66,4%). La mayor parte era hijo(a) (44,8%) o cónyuge (18,4%) del miembro internado, sin embargo, apenas 44,8% residían con el mismo. El propio entrevistado

era el responsable por la familia en 41,2% de los casos. Predominó la procedencia de ciudades diferentes de los hospitales en donde se realizó el estudio (40%), seguida por Salvador (39,6%) y Feira de Santana (20,4%).

### Análisis de la dimensionalidad

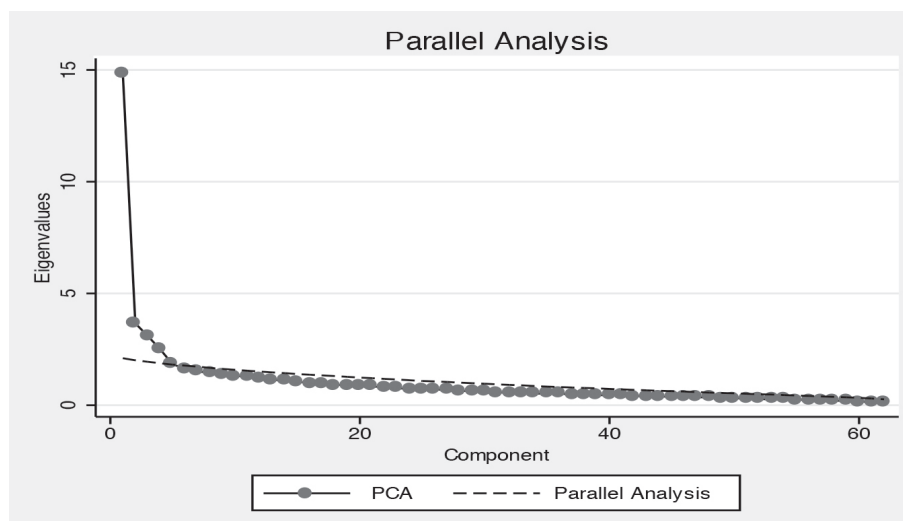
El test KMO fue de 0,858, indicando la adecuación de los datos para la ACP. El criterio del autovalor (*eigenvalue* >1) indicó una solución de 16 factores con *eigenvalues* arriba de 1,0, respondiendo en su conjunto por un porcentaje de la variancia total de 63%. El análisis mostró elevada variancia explicada para la dimensión 1, indicando que ese nuevo factor, aisladamente, representó la mayor parte de esa variancia (22,24%), lo que sugirió la posibilidad de la unidimensionalidad de la ECONF. Como la variancia explicada para el primer factor fue elevada y distante de la variancia explicada del segundo factor (6,13%), se decidió confirmar o refutar la hipótesis de unidimensionalidad del constructo. Se constató que no era unidimensional, ya que no hubo fuerte correlación entre los dos factores ( $r=0,481$ ), ni mismo la predominancia de ítems en el primer factor.

El análisis del *screeplot* mostró que hasta cinco factores podrían ser retenidos, con destaque para la gran diferencia entre la variancia del primer factor en relación a los demás.

Otro criterio adoptado para discurrir sobre el número de factores a ser retenidos fue el análisis

paralelo. Se observa, en la Figura 1, que la línea del análisis paralelo cortó los factores del *scree* en el quinto factor, así como se verificó que la diferencia entre los *eigenvalues* del PA (Análisis Paralelo - valor promedio de los autovalores después de 10 replicaciones) y de la PCA (Análisis Paralelo por Componentes Principales) fue positiva. Considerando esos dos criterios, la solución sugerida por el análisis paralelo fue la de cuatro factores o máximo de cinco factores.

Reuniendo las evidencias de que el constructo no era unidimensional y la estructura de cuatro a cinco factores obtenida por el análisis paralelo y por el *Screeplot*, se comprobaron las soluciones y se pasó a realizar la ACP, analizando las estructuras de cinco y cuatro factores. En el análisis de cinco factores, se constató la saturación confusa de los ítems. Ya, para el análisis de cuatro factores se verificó una mejor estructura factorial, ya que hubo menor número de ítems ambiguos y confusos, así como se verificó una mayor congruencia teórica en el modelo de cuatro factores, al considerar que los agrupamientos de ítems obtenidos permitieron una interpretación comprensible y lógica de esa nueva dimensionalidad por los investigadores, tomando por base toda la experiencia vivida y el conocimiento desarrollado en la fase de validez de contenido. La ACP resultó en una escala con un número menor de factores que los siete identificados, inicialmente, en la etapa de validez de contenido.



PCA - Parallel Analysis for Principal Components

Figura 1 - Análisis paralelo de los ítems

En la Tabla 1, se verifica que el agrupamiento en 4 factores mostró que 45 de los 62 ítems de la ECONF tuvieron carga factorial mayor que 0,30 en apenas un factor, sugiriendo su pertinencia al mismo. Catorce ítems presentaron carga factorial superior a 0,30 en más de un factor y cuando la diferencia entre las dos cargas fue mayor que 0,10 el ítem permaneció en el factor que obtuvo mayor carga factorial (43, 60, 09, 10, 28, 24, 18, 55, 37, 52). Siete ítems fueron excluidos, ya que presentaron carga factorial en dos factores con diferencia menor que 0,10 (14, 15, 48, 58) y no obtuvieron carga factorial superior a 0,30 en ninguno de los factores (34, 61 y 62).

En la ACP, el factor 1 agrupó 21 ítems que antes pertenecían, predominantemente, a la dimensión seguridad y acogimiento con cargas factoriales entre 0,364 y 0,717, las cuales demostraron buena relación de esos ítems con su factor. El factor 2 agrupó ítems que pertenecían a las dimensiones de información, soporte y comodidad. Ese factor reunió 20 ítems, y todos presentaron valores aceptables de carga factorial. Los ítems 18, 37 y 55 presentaron cargas factoriales en los factores 1 y 2, permaneciendo en el segundo debido a la mayor carga en el mismo con diferencia mayor que 0,10. El factor 3 agrupó 7 ítems que pertenecían a las dimensiones seguridad y proximidad, habiendo predominancia de altas cargas factoriales en el mismo factor. El factor 4 presentó 7 ítems, con cargas factoriales altas y exclusivas para ese factor, manteniendo el agrupamiento inicial, correspondiendo a la dimensión integración consigo y con lo cotidiano (Figura 2). Los ítems 34, 61 y 62

no presentaron cargas factoriales adecuadas para representar algún factor.

### Análisis de confiabilidad

Los resultados del análisis de confiabilidad de la ECONF mostraron que el coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) se mantuvo elevado para los 55 ítems, con excelente valor ( $\alpha=0,923$ ), evidenciando alta consistencia interna de la ECONF.

El análisis de la discriminación de los ítems mostró correlaciones ítem/total dentro de los parámetros esperados, excepto para los ítems 12 y 35 que fueron menores que 0,20. Los demás ítems presentaron correlaciones ítem/total esperadas. A pesar de que esos ítems presentaron correlaciones limítrofes, los coeficientes fueron positivos, y la exclusión de ellos no ocasionó aumento considerable en el Alfa total. Así, se decidió mantenerlos.

El análisis de la consistencia interna de los cuatro factores que representan la ECONF mostró que el factor 1 "seguridad" presentó una consistencia interna muy buena ( $\alpha=0,89$ ), así como buenas correlaciones de sus ítems con el puntaje total de la dimensión que variaron entre 0,311 (ítem 21) y 0,670 (ítem 41). El factor 2 "soporte" mostró una consistencia interna alta ( $\alpha=0,88$ ), no habiendo mejoría de ese valor si algún ítem fuese excluido. El factor 3 "interacción familiar/ente" presentó consistencia interna satisfactoria ( $\alpha=0,81$ ) y las correlaciones ítem/total presentadas por los ítems con el total fueron consideradas de moderadas a fuertes, mostrando que los ítems continuaron discriminatorios. El factor 4 presentó Alfa satisfactorio, de 0,776.

Tabla 1 – Distribución de los ítems de la ECONF, después del análisis de componentes principales para 4 factores. Salvador, Bahía, Brasil, 2013

Ítems	F 1	F 2	F 3	F 4
41 Percibir que el equipo tiene paciencia para escuchar a los familiares	0,717			
22 Percibir competencia profesional en aquellos que trabajan en la UTI*	0,713			
40 Saber que la mejor asistencia posible está siendo dada a su pariente	0,674			
20 Percibir que el equipo presta atención a las condiciones de su pariente	0,661			
25 Sentir que el equipo se interesa por la recuperación de su pariente	0,628			
44 Percibir que estás siendo atendido con tranquilidad por el equipo	0,624			
47 Percibir tranquilidad en la atención a su pariente	0,609			
07 Saber que la UTI ofrece seguridad para la recuperación de su pariente	0,596			
11 Percibir que el equipo de la UTI ofrece informaciones con buena voluntad	0,592			
43 Percibir que los profesionales de la UTI comprenden la situación que estás pasando	0,533	0,321		
60 Ser tratado gentilmente por los profesionales de la UTI	0,531	0,325		
17 Tener profesionales disponibles para ayudar a su pariente	0,520			
04 Percibir que su pariente recibe atención rápida cuando necesario	0,510			
09 Saber cual tratamiento está siendo dado a su pariente	0,501		0,308	
10 Percibir que su pariente ha recibido los cuidados de higiene	0,499	0,323		

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Ítems	F 1	F 2	F 3	F 4
06	Recibir una palabra de apoyo del equipo durante la internación en la UTI	0,469		
45	Recibir informaciones de los profesionales de forma que la puedas entender	0,466		
30	Ser atendido con gentileza en la recepción de la UTI	0,465		
14	Sentir que el equipo de la UTI se interesa por saber cómo estás	0,456	0,405	
28	Recibir información detallada sobre la situación de su pariente	0,436	0,326	
21	Percibir que los profesionales no insisten para que salgas inmediatamente después del término de la visita	0,364		
49	Tener agua potable en la sala de espera		0,699	
57	Recibir informaciones sobre el funcionamiento de la UTI		0,671	
36	Tener un teléfono público cerca de la sala de espera		0,629	
38	Saber quiénes son los profesionales que pueden ayudarte cuando sea necesario		0,594	
39	Tener muebles confortables en la sala de espera de la UTI		0,589	
24	Ver a su pariente fuera del horario de visita cuando necesario		0,560	0,331
18	Recibir todos los días informaciones del médico	0,342	0,537	
58	Percibir que el equipo se interesa en saber si estás preparado para la visita	0,469	0,524	
55	Tener una conversación con alguien del equipo	0,355	0,516	
33	Tener un medio de distracción en la sala de espera (revista, TV, radio)		0,515	
13	Poder recibir informaciones sobre su pariente cuando hagas una llamada telefónica		0,498	
51	Tener un baño cerca de la sala de espera		0,488	
23	Tener una sala de espera cerca de la UTI		0,481	
37	Recibir explicaciones sobre lo que le va a suceder a su pariente (transferencias, alta, exámenes, nuevos tratamientos)	0,323	0,474	
19	Ser avisado sobre cambios en la condición clínica de su pariente en casa		0,473	
56	Ser permitido quedarse en la sala de espera de la UTI fuera del horario de visita		0,424	
50	Ser informado sobre el motivo de atraso de la visita cuando ocurra		0,420	
16	Ser acompañado por amigo o familiar durante la visita		0,388	
15	Escuchar la verdad de los profesionales sobre el estado de salud de su pariente	0,336	0,382	
48	Tener amigos dando apoyo en esta situación	0,300	0,351	
54	Recibir apoyo espiritual o religioso de alguien		0,350	
02	Recibir informaciones sobre su pariente en cualquier horario		0,332	
31	Tener un local para alimentarse en el hospital o próximo a él		0,317	
46	Ser permitido un mayor número de visitantes cuando necesario		0,307	
62	No recibir informaciones contradictorias de los profesionales de la UTI			
34	Creer que la fe puede ayudar en la recuperación de su pariente			
61	Ser capaz de resolver aspectos administrativos (documentación) de la internación			
32	Percibir que su pariente está reaccionando bien al tratamiento			0,757
08	Ver a su pariente en condiciones de comunicarse con usted			0,706
01	Percibir que existe probabilidad de recuperación de su pariente			0,690
52	Ver a su pariente fuera de riesgo de vida		0,348	0,663
42	Saber que su pariente percibe que ustedes están cerca			0,632
03	Percibir que a su pariente le gusta el tratamiento que recibe			0,562
29	Ser capaz de ayudar a su pariente a enfrentar esa situación			0,444
53	Mantener sus hábitos alimenticios como antes de la internación de su pariente			0,735
27	Mantener la rutina con sus familiares			0,727
26	Ser capaz de relajar y/o distraerse durante el período de la internación			0,691
05	Mantener su rutina de sueño como antes de la internación de su pariente			0,666
35	Continuar las actividades habituales (estudio, trabajo, ocio etc.)			0,617
12	Mantenerse controlado emocionalmente			0,509
59	Tener disposición física para lidiar con esta situación			0,450

\*UTI: Unidad de Terapia Intensiva

Dimensiones	Nº de ítems	Ítems
Seguridad	20	04, 06, 07, 09, 10, 11, 15, 18, 19, 20, 23, 26, 28, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 55
Soporte	21	02, 13, 14, 16, 17, 21, 22, 29, 31, 33, 34 35, 36, 43, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53
Interacción familiar/ente	07	01, 03, 08, 27, 30, 39, 48
Integración consigo y con lo cotidiano	07	05, 12, 24, 25, 32, 49, 54

Figura 2 – Distribución de los 55 ítems de la ECONF en cuatro factores

## Discusión

Para medir con mayor precisión constructos abstractos, como el confort, es imprescindible trabajar con instrumentos válidos y confiables. Para esa finalidad, técnicas y métodos de medidas han sido utilizados, justificando la preocupación de los investigadores con los análisis psicométricos, a fin de garantizar la validez y confiabilidad de las escalas<sup>(9-11)</sup>.

Este es un estudio pionero en cuanto a la construcción de una escala para evaluación del confort de familiares que tienen un miembro en la UTI. Por ser inédito, se dificulta la comparación de los resultados de esta investigación con otras. La validez de constructo de la ECONF no confirmó la estructura con siete dimensiones teóricas. Así, los procedimientos empíricos y analíticos permitieron una nueva comprensión de la estructura conceptual del constructo para esos familiares.

A pesar del análisis de los *eigenvalues* sugerir inicialmente 16 factores, se llevó en consideración los resultados gráficos del *screeplot* y del análisis paralelo de Horn, que apuntaron un constructo de 4 a 5 factores. El análisis de la variancia explicada apuntó además la predominancia del factor 1, en relación a los demás, llevando al test de la hipótesis de unidimensionalidad del constructo, lo que sería contradictorio para su comprensión como fenómeno multidimensional, según estudiosos del tema<sup>(12)</sup>. Sin embargo, después de comprobar ese supuesto, se refutó la unidimensionalidad de la ECONF, sin embargo, se puede representar la relevancia del primer factor para la explicación del confort de las familias.

Considerando esa nueva estructura propuesta, el primer factor pasó a ser, entonces, denominado seguridad, representando el confort relacionado a la confianza de los familiares en la competencia técnica científica del equipo de salud, así como a la competencia humanitaria de los profesionales de la institución hospitalaria que se asoció a la consideración de la familia como persona y a las demostraciones afectivas para con ella. El primer factor agrupó a los ítems del primer dimensión (seguridad) y del segundo dimensión (acogimiento) presentes en el modelo teórico preliminar, demostrando que la seguridad implica asociación entre técnica y sensibilidad. Agrupó también tres ítems que, en el modelo teórico, pertenecían a la dimensión información. Esos ítems no se referían apenas a la información ofrecida sobre la condición de salud y el tratamiento del miembro internado, pero expresaban la forma de compartir las mismas, mediante comunicación

comprensible y además gentil, tornando evidente que la seguridad es promovida cuando la información posee esas características, permitiendo mejor acogimiento y aprehensión del contenido por la familia<sup>(13)</sup>.

El factor 2 fue compuesto por ítems que trataron de la necesidad de dar apoyo a la familia, en razón de las demandas que surgen, cuando un miembro es internado en la UTI. Denominado soporte, representó el confort relacionado a la infraestructura hospitalaria en términos de espacio físico para acomodación y atención de las necesidades de los familiares en el hospital, a la flexibilización de las normas y rutinas hospitalarias en función de las demandas de la familia, especialmente las relacionadas a las visitas y al acceso a informaciones para la familia pueda tener conciencia sobre la condición de salud de su miembro. Los ítems sobre información que se destinaron al segundo factor difirieron cualitativamente de los incorporados al primer factor, por tratar del acceso a la información por parte de la familia, englobando contenidos como: previsiones del tratamiento para el miembro de la familia en la UTI, frecuencia del recibimiento de las informaciones, categoría profesional que presta la información, local y medio de transmisión de la información (en la residencia o en el hospital, por teléfono o personalmente, entre otros), estructura y organización de la UTI y cambios en las rutinas y en los flujos de la unidad hospitalaria.

Los ítems del factor soporte abordaron también el confort relacionado a las instalaciones de la sala de espera. Se sabe que, debido a la política restrictiva de visitas en las UTIs brasileñas, esa sala es el local en donde el familiar permanece más tiempo; allí puede sentirse próximo y disponible para acompañar lo que está sucediendo con su miembro familiar y resolver los problemas que surjan. Es necesario, por tanto, que ese local sea agradable y disponga de acomodaciones y algunos recursos. Debe ser amplio, limpio, privado, próximo a la UTI, equipado con muebles confortables, agua potable, baños, medios de distracción y teléfono público. Otro aspecto retratado, en los ítems de ese factor, se refiere a la disponibilidad de un local para refecciones en el hospital. Ese soporte puede prevenir el surgimiento de nuevas incomodidades<sup>(7-8,14)</sup>.

Los ítems del factor 3, denominado interacción entre familiar y ente, retrataron la dimensión afectiva de la relación familiar y el miembro internado. Representó el confort de estar junto a su familiar, disfrutar de la interacción establecida entre ellos, percibir la posibilidad de verlo recuperado y su satisfacción con la atención prestada. Favorecer la proximidad entre ellos y asegurar las mejores condiciones de cuidado es fundamental

para la promoción del confort de la familia. Los ítems del factor 3 retrataron, además, el confort asociado a la percepción de los familiares con la probabilidad de recuperación de su miembro, a la minimización de la posibilidad de su pérdida, a fin de retomar las relaciones que existían antes, en la vida cotidiana. La enfermedad ha sido experimentada colectivamente, el "paciente incapacitado", mismo que temporalmente, es igual a la familia incapacitada, a pesar de que ésta disponga de capacidad para reorganizarse<sup>(5,14-15)</sup>.

El factor 4 denominado integración consigo y con lo cotidiano mantuvo el agrupamiento de los siete ítems del modelo teórico y representó el confort asociado a la posibilidad que tiene el familiar de conseguir cuidar de sí mismo, ayudar a su ente familiar y dar continuidad a la vida familiar, como ocurría antes de la entrada de su miembro en la UTI. Ese factor evidenció el impacto de la internación de un miembro en la UTI en la vida de las familias como ya fue constatado por otros autores<sup>(7-8,14-16)</sup>.

## Conclusión

La ECONF es el primer instrumento construido para la evaluación del confort de familiares que tienen personas en UTI. La escala fue comprobada en una ciudad de la región noreste y debe ser comprobada en otras regiones brasileñas para confirmar su validez y precisión como una escala para ser utilizada con familiares brasileños de pacientes internados en UTI.

Se avanzó en la construcción de un referencial teórico sobre el confort y se colocó a disposición de la comunidad científica una escala guiada en evidencias empíricas. La ECONF puede auxiliar enfermeros y otros profesionales de la salud a reflexionar y comprender las situaciones de confort e incomodidad experimentadas por familiares. Los resultados provenientes de su aplicación contribuirán para proponer y evaluar la efectividad del cuidado interdisciplinar en la promoción del confort de familiares, favoreciendo la creación de medidas de confort, dirigidas para ese público.

Los resultados obtenidos pueden orientar la elaboración de políticas públicas para la promoción del confort, así como fortalecer las políticas de humanización del Ministerio de la Salud para familiares.

Los estudios sobre la evaluación del confort todavía son incipientes en nuestro medio, sobre todo con familiares y, a partir de estos resultados, futuras investigaciones podrán ser desarrolladas objetivando perfeccionar la comprensión de la temática y ofrecer informaciones para las prácticas de cuidar que objetiven,

efectivamente, la promoción del confort de familiares con un miembro hospitalizado en la UTI.

## Referencias

- Hoghaug G, Fagermoen MS, Lerdal A. The visitor's regard of their need for support, comfort, information proximity and assurance in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2012;28(1):263-8.
- Mussi FC. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(1):72-81.
- Urizzi F, Corrêa AK. Relatives' experience of intensive care: the other side of hospitalization. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007;15(4):598-604.
- Hinklea JL, Fitzpatrick E. Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011;27(1):218-25.
- Siddiqui S, Sheikh F, Kamal R. What families want- an assessment of family expectations in the ICU. *Int Arch Med.* 2011;4(21):1-5.
- Novak B, Kolcaba K, Steiner R, Dowd T. Measuring comfort in caregivers and patients during late end-of-life care. *Am J Palliative Care.* 2001;18(3):170-80.
- Lourenço EC, Neves EP. As necessidades de cuidado e conforto de visitantes em UTI oncológica: uma proposta fundamentada em dados de pesquisa. *Rev Bras Cancerol.* 2008;54(3):213-20.
- Freitas KS, Menezes IG, Mussi FC. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(4):896-904.
- Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(Esp):992-999.
- Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicol.* 2012;11(2):213-28.
- Salmond SS. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. *Orthop Nurs.* 2008;27(1):28-30.
- Goodwin M, Sener I, Steiner SH. A Novel Theory for Nursing Education: holistic Comfort. *J Holistic Nurs.* 2007;25:278-85.
- Marques RC, Silva MJP, Maia FOM. Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. *Rev Enferm UERJ.* 2009;17(1):91-5.
- Frizon G, Nascimento ERP, Bertonecello KCG, Martins JJ. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):72-8.



15. Sales CA, Matos PCB, Mendonça DPR, Marcon SS. Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. Rev Eletr Enferm. [Internet]. 2010 [acesso 9 dez 2011]; 12(4):616-21. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a04.htm>
16. Horn EV, Tesh A. The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. Dimens Crit Care Nurs. 2000;19(4):40-9.

Recibido: 22.5.2014

Aceptado: 8.3.2015