



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA**

**TESIS**

**PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL FAMILIAR  
CUIDADOR DEL PACIENTE QUEMADO EN EL  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES  
– 2016**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**Autoras**

**Bach. Cubas Herrera Araceli**

**Bach. Vásquez Burga Eufemia**

**Pimentel, Chiclayo, marzo del 2017**

**PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE  
QUEMADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – 2016**

**Aprobación del informe de investigación**

---

Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen

**Asesora**

---

Mg. Medina Rojas Magaly Miriam

**Presidenta del jurado de tesis**

---

Lic. Mendoza Mundaca Laura

**Secretaria del jurado de tesis**

---

Mg. Carrasco Fernández Juver Augusto

**Vocal del jurado de tesis**

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida, y es quien nos bendice, nos guía, nos ayuda y nos da la fuerza suficiente para lograr nuestro objetivo, el cual el más cercano es el aprobar la sustentación de tesis y cristalizar nuestro sueño de tener el título de Enfermería.

Asimismo, a nuestros padres y hermanos quienes nos apoyaron todo el tiempo, por transmitirnos su alegría y fortaleza de seguir siempre adelante; por sus palabras de aliento, su confianza, paciencia y amor.

**Las autoras**

## **Agradecimiento**

Un agradecimiento infinito a Dios, Nuestro Padre, por ser la razón de nuestra existencia y el impulso para seguir dando lo mejor de nosotros.

A nuestro asesor, Mg. Juver Augusto Carrasco Fernández gracias a su paciencia y enseñanzas, ayudado a culminar nuestro informe y a todas las profesoras quienes han contribuido en nuestro trabajo.

**Las autoras**

## Índice

<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iv
<b>ÍNDICE</b>	v
<b>RESUMEN</b>	vi
<b>ABSTRACT</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Problematización	10
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Justificación e importancia	16
1.4. Objeto de estudio	16
1.5. Limitaciones de la Investigación	16
1.6. Objetivos	17
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de estudios	18
2.2. Sistemas teórico conceptuales	19
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Tipo de investigación	27
3.2. Abordaje metodológico	27
3.3. Sujetos de investigación	28
3.4. Escenario	29
3.5. Técnicas de recolección de datos	30
3.6. Instrumentos de recolección de datos	30
3.7. Procedimiento para la recolección de datos	31
3.8. Análisis y discusión de los datos	31
3.9. Principios éticos	32
3.10. Criterios de rigor científico	33
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	
4.1. Análisis y discusión de los resultados	34
<b>CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Consideraciones finales	62
5.2. Recomendaciones	63
Referencias	65
Anexo N°01	
Anexo N° 02	

## Resumen

Callista Roy refiere que “la adaptación es el proceso y resultado por los que la persona tiene la capacidad de pensar y de sentir”<sup>1</sup>. La presente investigación titulada “proceso de adaptación del familiar cuidador del paciente quemado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – 2016”, tuvo como objetivo describir y comprender el proceso de adaptación del familiar cuidador. Metodología: Estudio cualitativo con abordaje de estudio de caso, para la recolección de datos utilizó una entrevista semi estructurada a profundidad, aplicada a 8 familiares cuidadores con paciente quemado. El marco teórico se fundamentó por Callista Roy; este estudio estuvo tutelado bajo los criterios de rigor científico y principios éticos de Belmont. Resultados: se obtuvieron 03 categorías: “Puntualizando el estímulo contextual del familiar cuidador de una persona quemada”, “Manifestaciones en los modos de adaptación del familiar que cuida a una persona con quemadura” y “Medios de afrontamiento del familiar cuidador de un paciente con quemadura”. Dentro de las consideraciones finales, hay una alteración en los 3 modos de adaptación: fisiológico, autoconcepto, y la interdependencia. En el primero hay una disminución de su peso corporal, generando una alteración en su salud, en el segundo se ve afectado su estado emocional, reflejando la tristeza por la situación actual y en último modo, refieren tener malas relaciones con sus familiares, es decir no cuentan con apoyo en el cuidado de su paciente.

**Palabras clave:** Proceso de adaptación, familiar cuidador, paciente quemado.

## **Abstract**

Callista Roy refers that "adaptation is the process and result by which the person has the capacity to think and feel" 1. The present research entitled "process of adaptation of the family caregiver of the burned patient in the Regional Hospital Las Mercedes - 2016", aimed to describe and understand the process of adaptation of the familiar caregiver. Methodology: Qualitative study with a case study approach, for the data collection used a semi structured interview in depth, applied to 8 family caregivers with burned patient. The theoretical framework was founded by Callista Roy; This study was under the criteria of scientific rigor and ethical principles of Belmont. Results: 03 categories were obtained: "Punctuating the contextual stimulus of the familiar caretaker of a burned person", "Manifestations in the adaptation modes of the family member who cares for a person with burns" and "Means of coping with the family caregiver of a patient with burn". Within the final considerations, there is an alteration in the 3 modes of adaptation: physiological, self-concept, and interdependence. In the first one there is a decrease of their body weight, generating an alteration in their health, in the second one their emotional state is affected, reflecting the sadness by the current situation and in the last way, they refer to having bad relations with their relatives, that is to say They do not have support in the care of their patient.

Key words: Adaptation process, family caregiver, burn patient.

## Introducción

El significado de ser paciente involucra muchas características, como permanecer en una unidad, expresar sentimientos de ira, cólera, tristeza, dolor entre otros, los familiares, están unidos por lazos de consanguinidad, y son pilares que ayudan en su recuperación, en ese sentido es común observar como ambos sujetos muestran cambios en sus personas, que se refleja en las respuesta fisiológica y psicológica, como por ejemplo irritabilidad, cansancio, estrés, desgano, entre otras manifestaciones, que no hacen sino desestabilizar la relación afectiva, entre la persona con problemas de salud y el familiar que cuida; para Terrón R, citado por Mireya Y, et.al<sup>2</sup> es necesario que la enfermera atienda estas respuestas utilizando “una visión holística, que le permita comprender los cambios y el proceso de adaptación que atraviesa el familiar cuidador al tener un paciente quemado”.

Considerando que durante el proceso de enfermedad de su familiar, esta persona asumirá un rol de cuidador informal tal como lo afirma Flores E citando a Izal M<sup>3</sup> “Los cuidadores familiares son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado de sus pacientes” que se encuentran en el caso de los pacientes quemados en el servicio de Cirugía Especialidades Quemados, la experiencia que experimenta el familiar cuidador al cuidar para Díaz J<sup>3</sup> “involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provocando un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales, sociales y económicas, generando cambios en su salud, y su bienestar”.

En el caso de los familiares del paciente quemado muchas veces provienen de lejos y se quedan con sus pacientes las 24 horas del día convirtiéndose en el pilar emocional y espiritual para la recuperación de dicho paciente. Los pacientes quemados de la realidad observada han sufrido quemaduras de II° y III° mayormente con superficie corporal más del 15% y se ve afectado su autoimagen personal y sufren dolor. Es ahí donde el acompañamiento del familiar cuidador cabe relevancia he interactúa óptimamente durante todo el proceso de enfermedad. Las investigadoras consideran que los familiares cuidadores, son personas dadoras de



cuidados y receptoras de cuidados, son quienes comparten emociones, preocupaciones, en todo momento y en el lugar donde se encuentren.

La investigación tiene cinco capítulos que consta: el I capítulo: problema de investigación, en este capítulo se detalla la problematización, formulación del problema, justificación e importancia, objeto de estudio, limitación de la investigación y objetivos. En el capítulo II: marco teórico, se encuentra los antecedentes de estudios y sistemas teórico conceptuales, en el capítulo III: marco metodológico, está el tipo de investigación, abordaje metodológico, sujetos de investigación, escenario, técnicas de recolección de datos, instrumentos de recolección de datos, procedimiento para la recolección de datos, principios éticos y criterios de rigor científico y en el capítulo IV: análisis e interpretación de los resultados y el capítulo V: consideraciones y recomendaciones.

# CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1. Problematización

Ser familiar cuidador de un paciente hospitalizado es una condición dolorosa y crítica, en especial si se trata de enfermedades o condiciones que dejan secuelas largas. Por ejemplo, fracturas, quemaduras, amputaciones, cicatrices entre otros. Tales condiciones afectan a ambos sujetos, el primero quien vive la experiencia y toma actitudes en base a sus creencias, y el segundo porque tiene que ser fuente de apoyo afectivo (padre, hijo, hermano, etc.), económico, social; que también necesita de apoyo<sup>1</sup>.

Bazo MT y Domínguez Alcón C citados por Bermejo C, Martínez M<sup>4</sup> plantean que “el familiar cuidador es el principal sistema de bienestar, al ser fuente fundamental de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentren con enfermedad, ellos se hacen cargo del cuidado y atención cotidiana durante el proceso de tratamiento y recuperación del paciente”. Ángeles M<sup>5</sup>, en su estudio sobre el tema muestra que “el sistema sanitario sólo dispensa un 12% del tiempo de cuidado que consume un enfermo y el 88% de tiempo restante lo realiza el familiar cuidador”, para Jiménez V<sup>6</sup>, “la capacidad de afrontamiento y adaptación fue alta al obtener un puntaje del 85,2% y baja con puntaje del 14,8% con respecto al familiar cuidador”.

En cambio, para Bermejo y Martínez<sup>4</sup>, “el hecho de cuidar a una persona con enfermedad, supone cambios, que afectan sus vidas a nivel personal, familiar, laboral y social; llegando a tener repercusiones negativas en su salud física y psicológica; sustentando esta afirmación con los resultados de su estudio donde entre 46 y 59% de los familiares cuidadores están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para la depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población. Se han identificado alteraciones en esta población que afectan múltiples esferas emocionales, sociales, estructurales, las cuales se deben considerar síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el enfermo”. Según Pérez JM citado por estos autores, nos refiere que “existe una posibilidad de que el familiar cuidador presente el síndrome del cuidador, como una respuesta

a la sobrecarga física y emocional factores de riesgo para que el cuidador se convierta en un paciente y se produzca la claudicación familiar”.

En ese sentido es común, observar como ambos sujetos muestran cambios en sus personas, que se refleja en las respuesta fisiológica y psicológica, como por ejemplo irritabilidad, cansancio, estrés, desgano, entre otras manifestaciones, que no hacen sino desestabilizar la relación afectiva, entre la persona con problemas de salud y el familiar que lo cuida, según Mireya E<sup>2</sup> “este problema sustenta, la importancia de una visión holística por parte de Enfermería que le permita comprender los cambios y procesos de adaptación que atraviesa el familiar cuidador al tener un paciente quemado”.

La Organización Mundial de la salud (OMS)<sup>7</sup>, informó que anualmente en el mundo mueren aproximadamente “195,000 personas por quemaduras, señalándolo como un problema de salud pública que afecta principalmente a mujeres y niños; estimando que las quemaduras se encuentran entre las primeras 15 causas de muertes en niños entre 1 y 9 años y la quinta causa de lesión infantil no mortal”.

Según cifras oficiales brindadas por el Instituto Nacional de Salud del Niño, en nuestro país, se estima que por año más de 15 mil niños son atendidos por quemaduras severas y leves, reportando en el 2014 cerca de 900 pacientes nuevos y en el 2015 registró un total de 2400 atenciones, de este número el 80% fueron quemaduras causadas por líquidos calientes y descuido de los padres en el hogar<sup>7</sup>.

Un estudio realizado por la Asociación de ayuda al niño quemado (ANIQUEM), los niños de 0 a 14 años de edad, representan el 62% de los pacientes quemados, así mismo nos refiere que “Según los reportes de las Diresas a nivel nacional, del año 2002 al 2010 se han notificado oficialmente, 30,712 casos de quemaduras y corrosiones y 703 fallecimientos a causa de esta condición. El 20% del total de casos se ha registrado en Lima Metropolitana y Callao, mientras que el 80% se registra en zonas rurales andinas y amazónicas del interior del país. El 59% se ha registrado en menores de 11 años, seguido de un 18% en adultos de 30 a 59 años; el 14% corresponde a adultos jóvenes entre los 18 y 29 años y el 9% a

adolescentes entre los 12 y 17 años<sup>7</sup>. Con respecto a este estudio la mayor cantidad de pacientes quemados son niños, por lo que se debe tener énfasis en el cuidado.

Lambayeque no es ajeno a esta problemática, es así que en los diferentes establecimientos de salud del primer nivel de atención y hospitales de la nuestra región encontramos registros de pacientes con quemaduras de diferentes grados, entre los cuales encontramos al Hospital Regional Docente Las Mercedes, servicio de cirugía especialidades – quemados nos muestran estadísticas que para el 2013 las personas hospitalizadas por quemaduras fueron el 51% mujeres y el 49% hombres, predominando el grupo pediátrico con un 71% y adulto con 29%, los pacientes hospitalizados para el año 2014 fueron hombres con un 51% y mujeres con el 49%, por consiguiente en el grupo etario con mayor incidencia fue el pediátrico con 68% y para adultos con un 32%, las estadísticas del servicio para el 2015 nos muestran que el 49% fueron hombres y mujeres con 51%, con mayor casos el grupo pediátrico con 61%, dado que se muestran estos reportes de pacientes, diremos que ellos no se encuentran solos sino con sus progenitores que son quienes les ayudan y brindan cuidados<sup>8</sup>.

Los cuidados que brinda el familiar cobran real importancia, porque al estar compartiendo el proceso de enfermedad junto a su paciente, son capaces de dar una alerta oportuna al profesional de enfermería y juntos forman un equipo sólido que permitirá al paciente asumir un mejor proceso de adaptación a su diagnóstico y tratamiento; el profesional de enfermería y el familiar cuidador en conjunto podrán trabajar para apreciar los cambios asociados con la evolución de la salud del paciente quemado, permitiendo que el enfermero responsable, “pueda coordinar las acciones del equipo interdisciplinario, para garantizar una atención holística, enfocada en atender las necesidades individuales de las personas”<sup>2</sup>.

De esta concepción, parte el cuidado del ser humano, que debe ser considerado holístico por parte del personal de salud, quien junto al familiar cuidador buscará “proveer bienestar integral a la persona, proteger y mantener la salud, respetar sus sentimientos y sus derechos”<sup>9</sup>. Para lograr este fin, el profesional de enfermería asume la teoría de adaptación sustentada por Callista Roy, dando soporte a las intervenciones a ser ejecutadas con el familiar cuidador y con el paciente, para lograr que el proceso de adaptación a la enfermedad se realice

en el menor tiempo posibles, disminuyendo así los temores y las posibles complicaciones por un inadecuado cuidado o autocuidado.

La Teoría de C. Roy; “considera a la persona como un ser holístico y adaptable que interactúa constantemente con el entorno cambiante”<sup>10</sup>. Por lo que la adaptación es entendida como “un proceso y resultado a la vez, en el cual las personas piensan y sienten como grupos o individuos usando conscientemente el conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental”<sup>11</sup>, teniendo en cuenta estas afirmaciones podemos decir que los familiares cuidadores, vienen a ser las personas más cercanas al paciente dadoras de cuidados y receptoras de cuidados, y quienes comparten las emociones, preocupaciones, de su paciente en todo momento y en el lugar donde se encuentren.

Para lograr la recuperación pronta de los paciente, es necesario contar con un buen sistema de apoyo familiar, por ello la importancia de que el familiar cuidador se involucre en el cuidado, siendo necesario por ello que el profesional de enfermería busque apoyar en el proceso de adaptación a los pacientes, sino que además debe realizar el mismo trabajo de apoyo con el familiar cuidador; considerando que “la capacidad de adaptación que posee el familiar cuidador dependerá fundamentalmente de la magnitud de la situación y de los recursos disponibles”<sup>12</sup>.

En este proceso adaptativo el familiar cuidador como toda persona expuesta a este proceso, utilizará como entradas los estímulos (focales, que desencadenan la situación; contextuales, que influyen en la situación y residuales, que aparentemente no tienen relación con la situación, pero después puede ser contextuales o focales)<sup>12</sup>, la capacidad adaptativa del familiar cuidador e integridad para responder ante una situación.

Si las respuestas de adaptación son eficaces ayudarán al familiar cuidador a conseguir el objetivo de adaptarse. En cambio, si las respuestas son ineficaces, los objetivos de adaptación del familiar cuidador se verán amenazados<sup>11</sup> y al cuidar a su paciente experimentaran sentimientos encontrados, frustración e impotencia ante el dolor de su familiar, exteriorizándolo frente al personal de salud involucrado en la atención y/o ante su mismo familiar, a través del llanto, estrés, estados de ira

o de tristeza, que no permiten que apoye en el tratamiento como el personal de salud lo espera.

Estos estados emotivos a los que se enfrenta el familiar cuidador, están relacionados con los estímulos antes mencionados los cuales activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo. El regulador, reconoce instintivamente a los estímulos del ambiente interno y externo y el cognitivo está encuadrado en la conciencia y tiene dependencia con los procesos cognitivos y emocionales que permite al familiar cuidador y/o paciente, explicar la situación y afrontar los estímulos ambientales basándose en el estudio de la situación, asentada en su costumbre y educación, de acuerdo con estos procesos serán sus respuestas o conductas<sup>13</sup>. Son estos subsistemas permiten al familiar cuidador interpretar particularmente los estímulos, formando comportamientos o respuestas que pueden ser adaptativas o inefectivas.

Las respuestas que pueden presentar el familiar cuidador ante el proceso patológico de su paciente se dividen en cuatro modos de adaptación<sup>14</sup>: a) modo de adaptación fisiológico – físico (el familiar cuidador puede sufrir alteraciones, por ejemplo, incremento o disminución de peso, alteraciones en el sueño, dolor de cabeza, etc.); b) el autoconcepto del grupo (el familiar cuidador sabe quién es y qué papel está cumpliendo como cuidador); c) modo de adaptación de la función del rol, (el familiar cumple un rol muy importante como cuidador); d) el modo de adaptación de interdependencia (el familiar cuidador da cuidado con amor, respeto y con valores a su paciente).

Teniendo en cuenta lo expresado en el párrafo anterior, se puede prever que el familiar cuidador de un paciente hospitalizado en cirugía de especialidades quemados, experimentará estas respuesta considerando que según la magnitud y gravedad de la quemadura el paciente se encontrará en un estado de vulnerabilidad y dependencia, debido a los altos índices de dolor que producen las quemaduras, dificultad para la movilidad, dificultad para realizar su aseo y alimentación por sí mismo, etc. situaciones que el paciente deberá enfrentar junto a su familiar cuidador, por lo que será necesario que este último logre adaptarse ante estas nuevas situaciones, logrando así poder contribuir en el adecuado cuidado de su paciente.

Es por esta razón que el profesional de enfermería debe tener en cuenta dentro de su plan de cuidados, intervenciones ligadas a lograr que los pacientes y/o familiares cuidadores logren su adaptación ante las situaciones peculiares de esta patología mediante procesos de aprendizaje considerando en todo momento a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, dentro de un contexto, y que depende de la manera en que se interrelaciona con él y logra aprendizajes la percepción que tendrá de su situación de salud, así como de la actitud y comportamientos que asumirá ante ella<sup>15</sup>. Por lo tanto, podemos decir que cada paciente que ha pasado por la situación de una hospitalización por quemaduras, verá su vida afectará según la percepción que asuma sobre esta experiencia. Tal es así que al conversar con algunos pacientes y familiares estos manifiestan, que haber atravesado por esta situación tuvo un gran impacto en su vida, tanto físico, familiar y social y que les ha costado adaptarse y sobrellevar cada cambio.

El “Hospital Regional Docente Las Mercedes” brinda atención a pacientes con quemaduras en el servicio de Especialidades – Quemados, en el cual durante la etapa de estudiantes y de internas de enfermería pudimos apreciar la dificultad del paciente y sobretodo del familiar cuidador para adaptarse ante la situación de hospitalización y sobre todo por el hecho de que el familiar cuidador experimentaba las crisis de dolor, la impotencia ante la inmovilidad de su pacientes y los estado depresivo por la inquietud de las marcas que quedarán una vez cicatricen las heridas formadas por la quemadura, así mismo se pudo observar que el familiar cuidador también se enfrenta a cambios en su rol y rutina de vida, generándole muchas veces mayor responsabilidad, estrés, sentimientos negativos al encontrarse sobresaturados por las largas horas que deben permanecer en el hospital junto a su paciente para cuidarlo, desarrollando en el proceso de cuidado múltiples actividades que desconocen y que les genera inquietud y temores; lo descrito motivó a las investigadoras a profundizar esta problemática a través del presente estudio y llevó al planteamiento de interrogante a investigar.

## **1.2. Formulación del problema.**

¿Cómo es el proceso de adaptación del familiar cuidador del paciente quemado del Hospital Regional Docente la Mercedes – 2016?

### **1.3. Justificación e importancia.**

El familiar cuidador de un paciente quemado, no es sólo proveedor de cuidados, sino también receptor de cuidados, este cambio que experimentan los cuidadores familiares, genera una situación de crisis, provocando mucha tensión, miedo, impotencia, vulnerabilidad, culpa, auto recriminación, frustración, temor y ansiedad, los familiares cuidadores temen que sus pacientes sufran dolor o mueran.

Ante este problema se deseó describir y comprender el proceso de adaptación de los familiares cuidadores, responsables del paciente quemado, ante esta situación; los cuidados que brindaron ellos, no cura la enfermedad, solo proporcionan una mejora en la calidad de vida. Estos cuidados traerán una serie de cambios psicológicos, físicos y espirituales.

De igual manera nos permitió ahondar en un tema que nuestro sistema de salud dejó de lado, no hubo una preocupación por estas personas que son muy importantes en la recuperación del paciente, de igual forma la enfermera al estar en contacto con el familiar cuidador debió conocer los cambios que se generan en estas personas al ser cuidadores, ya que algunos de estos pacientes, son parcial o totalmente dependientes de la persona que lo cuida.

Así mismo servirá para posteriores estudios sobre el mencionado tema, familiares cuidadores, personal de salud en general y particularmente al profesional de Enfermería, responsable del poner en práctica el cuidado holístico mediante las dimensiones (espiritual, física, emocional y psicológica del paciente y la familia).

### **1.4. Objeto de estudio.**

Familiares que se encontraron al cuidado permanente de los pacientes quemados, durante el tiempo de recolección de la información.

### **1.5. Limitación de la investigación.**

En el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes limitaciones:



- Poca bibliografía en cuanto al tema de investigación.
- En la búsqueda de antecedentes sobre “adaptación del familiar cuidador en paciente quemado” sólo se evidencian estudios relacionados a la temática que han contribuido al desarrollo de esta investigación.
- Escasa cooperación de los familiares cuidadores

#### **1.6. Objetivos.**

Describir el proceso de adaptación del familiar cuidador del paciente quemado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – 2016.

Comprender el proceso de adaptación del familiar cuidador del paciente quemado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – 2016.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de estudio

Se ejecutó una búsqueda meticulosa del tema en estudio en el ámbito internacional, encontrándose un estudio que contribuyó a nuestra investigación y a nivel nacional, no se encontraron antecedentes relacionados al proceso de adaptación del familiar cuidador del paciente quemado, pero sí estudios a nivel local que contribuyeron para la presente investigación.

López et al, en el 2009 en Madrid realizó un estudio sobre: “Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche”, con una Metodología: Investigación de tipo descriptivo y transversal, los resultados fueron: “El perfil del cuidador informal corresponde a una mujer, con una media de edad de 54 años y que permanece todo el día en el hospital. Las necesidades que el cuidador distingue como más importantes estuvieron relacionadas con la compañía, la vigilancia y las necesidades básicas”<sup>16</sup>.

Ariansen et al, en 2014 en Chiclayo realizaron un estudio denominado: El familiar cuidador y su proceso de adaptación para cuidar a la persona con Alzheimer según la Teoría de Callista Roy, esta investigación tuvo como metodología cualitativa descriptiva. Los resultados se procesaron mediante análisis de contenido, asumiendo cinco categorías: 1) Inicio del cuidado familiar: La dependencia como estímulo focal, 2) Modo de adaptación fisiológico: autocuidado/ descuido y agotamiento del familiar cuidador, 3) Modo de auto concepto: emociones que afronta el familiar cuidador, 4) Modo de interdependencia: búsqueda de ayuda y apoyo familiar, 5) Función de rol del familiar cuidador: Satisfacción de necesidades. Finalmente, el familiar cuidador atraviesa por un proceso de adaptación, ya que su cotidiano se ve alterado al generarse la dependencia del familiar para satisfacer sus necesidades lo que conlleva al descuido de su propia salud, por ello necesita apoyo de sus familiares y del personal de salud; haciéndose necesario realizar un seguimiento en el hogar<sup>17</sup>.

Chero y Requejo, 2015 en Chiclayo realizó un estudio denominado: Proceso de adaptación de los padres frente a la hospitalización de su niño en el Hospital Provincial Docente “Belén”, Metodología: Cualitativa - Estudio de Caso. Los resultados se dieron en tres categorías: “Estímulos focales y contextuales que manifiestan los padres de familia ante la hospitalización de su niño”, “Modos adaptativo de los padres frente a la hospitalización de su niño” y “Mecanismos de afrontamiento de la madre ante la hospitalización de su niño”; la información obtenida aporta elementos para comprender el proceso de adaptación de los padres ante la hospitalización del niño<sup>18</sup>.

## **2.2. Sistemas teóricos conceptuales.**

Este estudio tuvo como objeto de investigación el Proceso de adaptación, y sustentó sus bases teóricas en: Proceso de adaptación (Sor Callista Roy), familiar cuidador, (Flórez Lozano) paciente quemado, (Ricardo Ferrada, Juan Pablo Tróchez y Javier Ayala).

Según, Ferrada et al<sup>19</sup>, “las quemaduras son lesiones que afectan la integridad de la piel; consisten en pérdidas de sustancia de la superficie corporal producidas por distintos agentes, que ocasionan un desequilibrio bioquímico por desnaturalización proteica, y alteraciones hemodinámicas debido a un aumento de la permeabilidad vascular”. El nivel de la quemadura depende de la intensidad del efecto de la fuente de calor que produjo la quemadura y el tiempo de exposición, variando desde una lesión relativamente menor y superficial hasta pérdida externa de la piel<sup>20</sup>.

Demirdjian G, Garrahan J, citados por Torresi L, hacen referencia a la clasificación de las quemaduras según su profundidad: Quemaduras de 1º grado, daña solamente a la epidermis, es un eritema doloroso posiblemente posterior al edema de la zona, no forma vesículas, a los pocos días aparece la descamación, siendo viable que deje áreas con hiperpigmentación; luego de 3-4 días desaparece sin dejar cicatriz; quemaduras de 2º grado, dañan siempre y parcialmente la dermis, consiguen ser superficiales (afectan a la epidermis y cara superior de la dermis, forma ampollas y exudación, es rosada, se blanquea con la presión, dolorosa y muy

sensible a los pinchazos, quedando alguna cicatriz) y profundas (afectan a los dos tercios más profundos de la dermis, tiene un aspecto pálido, se palpa endurecida o pastosa y no se blanquea con la presión; existen zonas insensibles, forma una escara dura y gruesa, la cicatrización suele demorar más de 35 días y pueden asociarse con pérdida permanente de pelo y glándulas sebáceas)<sup>21</sup>.

Por otro lado, las quemaduras de 3º grado destruyen todo el grosor de la piel, incluyendo sus apéndices o anexos cutáneos, perjudicando la sensibilidad, presenta una escara seca, blanquecina o negra que puede ser como el del cuero seco o ser exudativo, las heridas son irregulares con partes atróficas y otras hipertróficas o queloideas, por contracturas en las articulaciones<sup>21</sup>.

Desde el punto de vista anatomopatológico, por su repercusión pronóstica y terapéutica; conviene valorar tres características fundamentales de las quemaduras: “extensión, profundidad y localización”. De las dos primeras depende la predicción trascendental sobre la recuperación del enfermo quemado, debido a que estos parámetros determinan las alteraciones fisiopatológicas que acompañan a la quemadura. En cambio, la profundidad y localización de las lesiones condicionan el pronóstico funcional y estético<sup>22</sup>.

Las quemaduras son las lesiones más complejas de todos los traumatismos, aunque inicialmente afectan a la piel posteriormente se convierten en una agresión que afecta a todo el organismo y, a menos que las quemaduras sean tratadas con urgencia y adecuadamente, las consecuencias son el shock, la parada cardiaca, el fallo respiratorio y la lesión de otros órganos vitales, incluido el cerebro<sup>22</sup>.

Por lo tanto, las quemaduras tienen un tratamiento como; reanimación hidroelectrolítica, considerado el de principal elección dentro de las primeras 48 horas de la quemadura, con la finalidad de reponer los líquidos y electrolitos perdidos; luego tenemos la Terapia de soporte nutricional considerada como fundamental teniendo en cuenta que el paciente posterior a la quemadura está en estado de hipercatabolismo, así mismo según el tipo de quemadura se requerirá de terapia quirúrgica, encontrándose entre ellas los injertos (escarectomía, xenoinjerto, homoinjerto, autoinjerto, colgajos, plastias, etc.)<sup>23</sup>.

Es importante en un paciente hospitalizado por quemaduras el inicio de la terapia del dolor, pues este en un inicio es muy intenso moderándose espontáneamente luego de unas horas; por esta razón el paciente quemado recibe analgésicos de forma continua; en relación a la terapia tópica, las heridas del paciente reciben curación diaria, favoreciendo así a la cicatrización, evitando además el foco infeccioso, permitiendo que el personal de salud a cargo revise los injertos; una vez superada la etapa aguda de la cicatrización de las quemaduras se podrá dar inicio con la terapia física y rehabilitación<sup>23</sup>.

Dentro de la terapia que debe recibir el paciente quemado se considera la psicoterapia, teniendo en cuenta que este tipo de pacientes no se enfrenta tan solo al daño físico ocasionado por la quemadura, sino además experimenta problemas psico-emocional, por todas las situaciones a los que fueron expuestos posterior a su accidente como por ejemplo, la hospitalización, el estar un tiempo prolongado lejos de sus seres queridos, los cambios que ha experimentado la zona dañada por la quemadura y que según la severidad los conducen a estados depresión, frustración, regresión, por lo que es de gran relevancia que el binomio paciente - familia reciban este tipo de terapia<sup>23</sup>.

Las quemaduras tienen repercusión física y psíquica, y son consideradas la segunda causa de muerte accidental en países desarrollados<sup>24</sup>. Actualmente, en nuestro medio son aún pocos los hospitales que cuentan, entre sus prestaciones, con una unidad de quemados al servicio de estos pacientes y aquellos que son hospitalizados suelen enfrentarse a muchas situaciones como el temor o dolor ante los provenientes médicos a los que son sometidos, así como al hecho de estar en un lugar desconocido, lejos de sus familiares, preocupación por la situación económica que están por enfrentar, así como a los cambios en su rutina de vida.

Durante la hospitalización de los pacientes, teniendo en cuenta la complejidad de su situación de salud, el familiar cuidador se convierte en pieza importante en el cuidado que se brindará al paciente quemado, caracterizándose este familiar por tener lazos de consanguinidad, afinidad; en este sentido Flóres JA citado por Flores E, Rivas E y Seguel F, define al familiar cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus

relaciones sociales”<sup>3</sup>. En nuestro contexto se considera al familiar cuidador al papá, mamá, hermano, sobrinos, etc., quienes asumen este rol con autonomía, y con la única peculiaridad que su acción de cuidar no tiene una preparación profesional.

Ramírez J, Ydrogo Y<sup>25</sup> asumen en su trabajo que familiar cuidador también pueden ser aquellas personas que sin tener lazos de sangre asumen autónomamente esta responsabilidad, porque sienten un amor incondicional por la persona enferma; también tenemos a aquellos que se convierten en familiar cuidador porque dentro de los integrantes de la familia no hay quien asuma el rol; así mismo tenemos a aquellos cuidadores que atienden las necesidades del resto de la familia, como ocurre mayormente con las mujeres, que incluso aparte de ser trabajadoras y amas de casa asumen además el cuidado de los familiares enfermos, una característica primordial del familiar cuidador es él es quien asume la decisión de dónde y cuándo dar su mayor esfuerzo.

Los cuidadores familiares son las personas que se encargan de brindar cuidados de una manera informal, y por estos servicios no perciben salario, se clasifican como principales y secundarios, teniendo en cuenta el nivel de responsabilidad asumido en el cuidado de los pacientes quemados, para los familiares cuidadores esta experiencia se convierte en un gran compromiso que le acarreará enormes esfuerzo, provocando en algunas situaciones un incremento en la carga habitual, que podría traerle repercusiones en su salud física, mental y socioeconómicas, si no es identificada y corregida a tiempo, comprometiendo el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino además de la persona a quien esta dirigidos los cuidados<sup>26</sup>.

Cuando un paciente presenta quemaduras severas de segundo y tercer grado se requiere cuidados de mayor complejidad, tiempo y dedicación, a los que se les conoce como cuidados extraordinarios, que exigen a las personas encargadas de realizarlos una mayor responsabilidad, gasto de energía y tiempo, y en ocasiones estos superan los límites de lo considerado un cuidado habitual. Cuando nos referimos a este tipo de cuidados, puede significar que se estará al lado de un paciente por meses o años, exigiéndole al familiar cuidador gran esfuerzo físico, interrupción y cambios en sus roles y actividades sociales que se tenía hecho que

puede llegar a ser desagradables, a pesar que muchas veces es en forma voluntaria el asumir este rol <sup>27</sup>.

Como parte de las experiencias vividas a causa de la sobre carga , el familiar cuidador suele presentar una dualidad de emociones, entre las que tenemos a: frustración, miedo, dolor, ira, agotamiento, culpa, tristeza, amor, ansiedad, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado, y dependiendo de las circunstancias individuales en que el familiar asume el rol de cuidador, puede representar para éste un cambio brusco ante el cual no se está preparado y originándole sentimientos de pérdida sobre lo que fue su vida antes de asumir este rol y de sus perspectivas futuras<sup>27</sup>.

Además, el familiar cuidador es la principal herramienta para luchar contra la adversidad en los momentos difíciles, no sólo por estar ante una adversidad en general, o ante la enfermedad en particular, aquello, formará una de las grandes adversidades a las que se enfrentan las personas individuales y por supuesto los familiares en su conjunto, sea el soporte, la ayuda moral, la fuerza que necesita alguien para enfrentarse a una enfermedad, sino porque probablemente se ha convertido en parte del tratamiento físico y del acompañamiento que se necesita y se ha convertido también en esa motivación que tienen las personas para poder superar su enfermedad<sup>28</sup>.

En especial en pacientes que han sufrido una quemadura se menciona que el familiar constituye de manera muy importante en la garantía de la curación: cuando el cuidador está allí, y asume su papel, cuando los familiares cuidadores de verdad ayudan en el tratamiento de una persona que ha sufrido una quemadura, el cincuenta por ciento de la curación normalmente está garantizada.

Antes que nada, Sor Callista Roy, con su modelo teórico “proceso de adaptación” donde describe el proceso de adaptación de los pacientes y familiares<sup>29</sup>. Quien considera a cada integrante de este binomio “seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo”<sup>29</sup>.

Callista Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable que interactúa constantemente con el entorno cambiante, siendo afectada por cada una de las situaciones que se encuentran dentro de sus ambientes internos y externos. Uno de esas influencias más grandes que se presenta externamente es el familiar cuidador de pacientes quemados, el familiar cuidador juega un papel importante puesto que puede influir de manera positiva y negativa<sup>10</sup>. Las personas se adaptan a través de procesos de aprendizajes adquiridos mucho tiempo atrás, es por eso que se debe ver a la persona como un ser “único, autónomo y libre”.

Así mismo, C. Roy<sup>5</sup> sostiene que al ser las personas un sistema adaptativo holístico por estar en constante interacción con un entorno cambiante su salud debe ser considerada un proceso de ser y llegar a ser un todo integrado y total, siendo la salud y la enfermedad una condición inevitable por lo que los seres humanos han desarrollado la habilidad de adaptarse al ambiente con el que interactúan.

Esta misma teoría define al ambiente como “las condiciones y circunstancias que rodean a la persona o están en ella y afectan su desarrollo y comportamiento, con particular consideración de la mutualidad de la persona y el ambiente, es decir, la integración de la persona y el ambiente resulta en la adaptación”<sup>5</sup>. Así mismo esta teoría le atribuye al ambiente que en él se encuentran unos estímulos denominados focales, los contextuales y los residuales que influyen en el proceso de adaptación de las personas.

Los estímulos focales identificados como las situaciones que enfrenta la persona de manera inmediata, como, por ejemplo: la enfermedad o un evento externo por el cual requiere consumir energía<sup>29</sup>. En la situación del familiar cuidador que es una persona dadora de cuidados y receptora de cuidados estará predispuesta a sufrir de estrés, cansancio, irritabilidad, tristeza, desgano y a sufrir el síndrome del cuidador.

Los contextuales identificados como las circunstancias que a pesar de no ser el principal problema, interviene en la manera de la persona de afrontar este estímulo focal<sup>29</sup>; para el caso de los pacientes que se encuentran hospitalizados en el servicios de especialidades quemados, estos estímulos están constituidos por las peculiaridades del servicio, el encontrarse en la categoría de paciente aislado



para evitar el riesgo de infección, así como la difícil y escasa comunicación con sus seres queridos.

Los estímulos residuales son elementos desconocidos dentro del ambiente, cuya influencia en el proceso de adaptación aún no han sido probados. Entre ellos encontramos a las expectativas, el valor, las actitudes o creencias frente al este evento teniendo en cuenta las experiencias previas. Estos estímulos se convierten en contextuales una vez que se reconoce cómo influyen en la situación<sup>29</sup>. En relación al familiar cuidador estos estímulos se relacionan con el ambiente, los cambios en su vida y la adopción de nuevos roles ante la hospitalización de su familiar, así mismo dentro de estos estímulos encontramos a los sentimientos de pérdida de su independencia, alteración de sus valores y su manera de percibir la vida.

A través de estos estímulos las personas interpretan los eventos que experimentan, creando conductas o respuestas que podrían ser adaptativas o inefectivas<sup>30</sup>. Estas respuestas se dividen en cuatro modos de adaptación: Fisiológico, se concentra en el modo en que los individuos reaccionan ante su entorno utilizando sus procesos fisiológicos, con la intención de satisfacer su necesidad básica (respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse)<sup>13</sup>. Los familiares cuidadores no tienen una dieta adecuada y se debe a que estos no cuentan con recursos económicos, comen fuera del horario normal de comidas, en algunos casos son alimentos guardados, en su actividad y reposo, estos familiares cuidadores se encuentran brindando cuidados de forma permanente por lo que se limitan a realizar su actividad física habitual.

Luego tenemos el modo de adaptación de la función del rol, el cual se refiere a los roles primarios, secundarios y terciarios que son desempeñados por las personas en la sociedad. Describiendo este modo las perspectivas de la forma de actuar de un individuo frente a otro<sup>13</sup>, los familiares cuidadores, comprometen su vida, descuidan su salud, los amigos, dejan de trabajar y su rol como padre o hijo. En relación al modo de adaptación de interdependencia este busca que las personas encuentren el camino de dar y recibir amor, respeto y valores, siendo las personas más allegadas a la persona enferma (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social, los componentes más importantes<sup>11</sup>, el familiar cuidador

es el integrante de la familia que está el mayor tiempo con su paciente y es quien da amor, respeto y valores.

También tenemos dentro de estos modos al autoconcepto del grupo el cual centraliza su acción en la necesidad de los integrantes de saber quién es y cómo debe proceder en la sociedad; C. Roy conceptualiza la autoestima de uno mismo como “el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado”<sup>13</sup>, el familiar cuidador se encuentra con autoestima baja, inseguridad, inestabilidad emocional, alteraciones de la imagen corporal asociadas a sus pacientes que sufren amputaciones, cicatrices, etc.

La manera como el familiar cuidador afronta la condición de su paciente depende de varios elementos, pudiendo resumirse en una apreciación cognitiva que las personas ejecutan ante un evento. Las destrezas comportamentales indagan como poder controlar el estímulo o el estresor de manera directa, procediendo ante el problema que se cree apto para ser modificado. Las personas pueden asumir comportamientos o conductas evasivas al sentir que no lograrán intervenir el estímulo rechazándolo consciente o inconscientemente. Las estrategias afectivas se refieren a las tentativas que ejecutan los individuos para controlar las reacciones emocionales generadas por los problemas, manifestándose a través de la expresión de sentimientos ante sí mismo y hacia los demás. Las cognitivas, logran ser de dos clases: las que buscan disminuir las consecuencias y el impacto del evento negando la gravedad o ignorándolo o, por el contrario, se orientan en cómo enfrentar y dar solución a la situación<sup>29</sup>.

Podemos concluir esta revisión teórica diciendo que los seres humanos buscan controlar las circunstancias observadas como difíciles utilizando las respuestas racionales, usando además estrategias comportamentales y cognitivas que le admiten solucionar la situación que enfrenta. La capacidad y las estrategias de afrontamiento permiten visualizar las particularidades personales congruentes con los pensamientos, los sentimientos y las acciones individuales propias de cada persona, quien, utilizando los recursos de afrontamiento innatos y adquiridos, intentan adaptarse al contexto cambiante que enfrentan<sup>29</sup>.

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo de investigación**

Fue de tipo cualitativo, por estudiar la realidad que experimenta el familiar cuidador ante la hospitalización de paciente que ha sufrido quemaduras, con la intención de interpretar, comprender y profundizar las situaciones que atraviesa durante el proceso de adaptación. Este estudio se centró en los estímulos o situaciones que condujeron al familiar cuidador a asumir los modos de adaptación, y para ello las investigadoras buscaron interactúa oportunamente con ellos obteniendo datos tanto de personas de estudio como del contexto<sup>31</sup>.

Polít, menciona, la investigación cualitativa posee las siguientes características: es flexible, susceptible de adaptarse, donde se descubre durante la colecta de datos, exigiendo gran dedicación del investigador, también es necesario que el investigador, sea el instrumento de investigación, requiriendo de un análisis continuo de datos<sup>32</sup>. Por lo tanto, esta investigación cualitativa estudia al individuo en su propio hábitat, es decir en su contexto natural, el investigador debe ser flexible, creativo y analítico, las personas y los grupos deben ser estudiados como un todo junto al contexto histórico y situación real, la realidad se experimenta tal como lo sienten y lo viven dichos familiares.

En definitiva, el estudio cualitativo nos permitió describir y comprender el proceso de adaptación del familiar cuidador cuyos pacientes se encuentran hospitalizados en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” por quemaduras, asumiendo a cada sujeto de estudio como un ser único y holístico, logrando descifrar el contexto y realidad en el que viven, así como su flexibilidad para adaptarse.

### **3.2. Abordaje metodológico**

El actual estudio asumió como abordaje metodológico, el estudio de caso.

Sampieri<sup>33</sup>, concibe “el estudio de caso como una investigación sobre un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad, que es visto y analizado como una unidad, la profundización de un caso específico e intenta identificar los

distintos procesos interactivos que lo conforman bajo un interés propio y singular del investigador”. Los estudios de caso, son considerados fuente de información descriptiva, por lo que al utilizarlo nos permitió describir como es el proceso de adaptación del familiar cuidador del paciente quemado. En esta investigación el estudio de caso se explicó con la finalidad de descubrir nuevas facetas del problema a investigar. Con el objetivo de beneficiar a la sociedad, institución, personal de enfermería, y a los familiares cuidadores quienes tengan al cuidado un paciente quemado.

### **3.3. Sujetos de investigación**

Se consideró como sujetos del presente estudio a los familiares cuidadores que se encuentran brindando cuidado permanente a sus pacientes quemados, durante el tiempo de recolección de la información.

#### Criterios de inclusión

- Familiares cuidadores (papá, mamá, tía, abuela o hermano) que se encontraron permanentemente cuidando a las personas hospitalizadas durante el tiempo de recolección de la información.
- Familiares cuidadores mayores de edad.
- Familiares que acepten voluntariamente su participación.
- Familiares cuidadores procedentes de zonas rurales, urbanas.
- Tiempo de hospitalización mayor a 3 días.

#### Criterios de exclusión

- Familiares cuidadores nuevos en el servicio
- Cuidadores que reciban remuneración por las actividades
- Familiares cuidadores menores de edad.
- Familiares cuidadores que no tengan un parentesco.
- Familiares cuidadores que tengan una patología o padezcan de alguna enfermedad crónica.

### 3.4. Escenario

Se realizó esta tesis, en el área de hospitalización Cirugía Especialidades - Quemados del Hospital Regional Docente las Mercedes, con una categoría NIVEL II-2, situado en la provincia de Chiclayo, distrito Chiclayo, departamento Lambayeque, con domicilio legal en la Av. Luis Gonzales N° 635, este nosocomio cuenta con una amplia cartera de servicios para las personas que recurren a él provenientes de la región y de la macro-norte, contando con recursos humanos y tecnológicos que garantizan la prestación de servicios de calidad a las personas enfermas.

Dentro de su cartera de servicios se encuentra la especialidad de cirugía - quemados, el cual cuenta con 14 camas y un área de sala de curaciones, laboran: Un médico (cirujano plástico) tratante, personal de Enfermería que se encuentra realizando la especialidad en áreas críticas, Técnicos en enfermería capacitados para desempeñarse en el mencionado servicio, médicos residentes que realizan pasantía, un promedio de 7 enfermeras y 5 Técnicos de Enfermería.

Se atienden a pacientes de ambos sexos y todas las edades, con un grado de quemaduras de 2do y 3er grado, en este servicio en las mañanas, brindan cuidados 2 enfermeras y un técnico en enfermería, en la sala de curaciones, brinda cuidados una enfermera, donde se realiza al paciente el baño, las curaciones cerradas y abiertas, escarotomía, auto injertos, colocación de catéter venoso central, para los mencionados procedimientos se administra al paciente sedo analgesia (ketamina).

Por lo tanto en los siguientes turnos brindan cuidados una enfermera y un técnico en Enfermería, lo cual implica que los familiares cuidadores quien se encuentra en el servicio, tiene que dar ese cuidado, por este motivo la enfermera se preocupa por enseñar al familiar cuidador permanente, algunas actividades como: cambiar el pañal, dar la alimentación, que cuidados tener en el momento de la de ambulación, cuidado buco dental, cambio de ropa, desinfección de la unidad de su paciente, cambio de sábanas, cambio de posición y así mejorar la calidad de vida de su paciente.

Los familiares cuidadores permanentes tienen acceso al servicio durante las 24 horas, ya que sus pacientes lo requieren porque son la ayuda en el cuidado de sus heridas, son fuente de información para el personal que labora frente a cualquier reacción que presente después de la curación de sus heridas y durante toda su estancia, estos familiares forman parte de su recuperación de diferente manera como: ayuda moral, psicológica, económica.

### **3.5. Técnicas de recolección de datos**

Se utilizó la técnica de saturación, que consiste en repetir grupos de discusión y entrevistas hasta que los argumentos sean iguales o similares.

### **3.6. Instrumentos de recolección de datos.**

Se manejó en la recolección de datos la entrevista semiestructurada, cuyas preguntas se seleccionaron y elaboraron de acuerdo al objetivo y fines de la presente investigación, este instrumento representó la fuente primaria de recolección de datos.

Pérez<sup>34</sup>, establece que “este tipo de entrevista está basada en una guía de asuntos o preguntas en donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar, conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados”. En este tipo de entrevista, las preguntas estuvieron definidas previamente en un guion, pero la secuencia, así como su formulación, variara en función de cada familiar cuidador que se entrevistara. Es decir, las investigadoras realizamos una serie de preguntas abiertas al principio de la entrevista para definir el área a investigar, y luego tuvimos la libertad de profundizar en alguna idea que pueda resultar relevante realizando nuevas preguntas.

Así mismo Hernández<sup>33</sup>, explica que “la entrevista semiestructurada a profundidad es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. Dicho de otro modo, la entrevista semiestructurada es más flexible, aunque los objetivos de la investigación rigen a

las preguntas, su contenido, profundidad y formulación que se encuentran en manos de la investigadora”.

### **3.7. Procedimiento para la recolección de datos**

Para poder realizar la investigación se procedió a esperar la aprobación del jurado, posteriormente la escuela profesional de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán envió la carta de presentación y aprobación del estudio al Hospital donde se ejecutó la investigación.

El director del nosocomio, brindó la carta de autorización, con la cual las investigadoras nos hicimos presentes al jefe del servicio y jefa de enfermeras para realizar las respectivas coordinaciones sobre el acceso al campo, una vez coordinado el ingreso se procedió a captar a los sujetos de investigación previa firma del consentimiento informado (anexo 1) haciéndoles hincapié a los participantes que su colaboración es voluntaria y en completo anonimato.

Luego de entrevistar a todos los sujetos de investigación hasta lograr la saturación de los datos, se procedió a reproducir las entrevistas tal y como se encuentran en el audio, sin afectar las palabras o discursos; dando inicio al análisis temático, revisando una y otra vez, todos los discursos obtenidos, descubriendo lo más significativo e identificando lo que se quiere investigar, posteriormente con los resultados obtenidos se codificó y se clasificó las categorías de estudio, siendo una manera fácil de acceder a la revisión y manipulación de los datos.

### **3.8. Análisis y discusión de los datos.**

En el análisis de los resultados se empleó el análisis temático, procediéndose a reducir, categorizar, clarificar, sintetizar mediante el cual, se comenzó con la lectura de las declaraciones de los sujetos de investigación, lo cual permitió analizar y posteriormente categorizar<sup>35</sup>.

En muchos casos el análisis temático se inicia en el campo, conforme se recabó la información, mientras que en otros se llevó a cabo después de la colecta

de datos, durante la lectura, este análisis gira alrededor de un tema con unidad de significación que brota del texto<sup>35</sup>.

Este análisis tiene tres etapas. El pre análisis, en la cual se organizó el material, diseñando y definiendo los ejes del plan que permitió examinar los datos y realizar el análisis en forma efectiva<sup>35</sup>. En esta etapa las investigadoras revisaron las grabaciones y luego transcribieron escuchando y prestando atención al contenido de la conversación, tono de voz e inflexiones.

Luego se procedió a la codificación en la cual se ejecutó una transformación de los datos originales a los datos útiles<sup>35</sup>. En esta etapa se realizó la depuración, fragmentación y la extracción de las unidades significativas de los discursos.

Finalmente, en la última etapa de categorización se organizó y clasificó las unidades obtenidas, cuyos resultados fueron analizados y categorizados<sup>35</sup>.

### **3.9. Principios éticos**

Este estudio asumió los principios fundamentados de Belmont que enmarca los términos para usar sujetos humanos en la investigación, los cuales son<sup>36</sup>:

Respeto a las personas, protegiendo su autonomía para decidir con libertad si desean o no participar en el estudio, previa explicación de los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones<sup>36</sup>; siendo puesto en práctica desde el momento se explicó al familiar cuidador los objetivos del estudio y la importancia de entender lo explicado para que por libre decisión participara o no en la investigación, expresando este hecho en la firma del consentimiento informado, en el cual queda establecido que en el momento que lo deseen, pueden dejar de participar de la investigación, sin que lo afecte o afecte a su paciente.

Como segundo principio se tuvo el de beneficencia, el cual pretende aumentar los beneficios permitidos y reducir los riesgos en las personas<sup>36</sup>, para cumplir con este principio las investigadoras tomaron la precaución de ser las únicas que tuvieron acceso a la información brindada por el familiar cuidador y su uso se a responder la pregunta de investigación; Así mismo se utilizó un “alias” para identificar a cada persona entrevistada.



Finalmente se consideró el principio de justicia, el cual establece que los riesgos y beneficios deben ser dados entre los participantes del estudio distinción de raza, sexo, estado de salud mental, etc<sup>36</sup>. Por tal motivo este estudio consideró a cada participante como ser único, sin hacer discriminaciones por raza, ideología, edad, nivel sociocultural, etc, respetando sus decisiones, sin influir en ellas bajo coacción o cualquier otro medio.

### **3.10. Criterios de rigor científico**

Se tomó en cuenta los siguientes criterios quienes permitieron velar y respaldar los datos que se obtuvieron al realizar la investigación:

Criterio la credibilidad, esta investigación logró cumplir con este criterio cuando los participantes reconocieron los resultados como verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten, significando que las investigadoras lograron captarla esencia de las experiencias de los participantes y que en la investigación se mantuvo la veracidad de las respuestas de los participantes obtenidos por medio de la entrevista semiestructurada, sin manipular los testimonios<sup>37</sup>.

La transferencia; para lograr cumplir con este criterio, al momento que se realizó la investigación se buscó la forma de proporcionar suficiente información de tal manera que al difundirse los resultados del estudio otras personas puedan hacer juicios a cerca de la semejanza contextual del trabajo y valorar la aplicabilidad de la información en otros contextos<sup>37</sup>.

Dependencia; La investigación se ejecutó de forma coherente, con la finalidad de fundamentar adecuadamente sus resultados, mediante el uso de constructos teóricos y la comparación con los resultados de otras investigaciones semejantes<sup>37</sup>.

La Confirmación; criterio relacionado a la credibilidad en el cual se demuestra que las investigadoras han disminuido los sesgos y tendencias mediante el análisis de los datos y la lógica utilizada para la interpretación de los mismos<sup>37</sup>. Durante la realización de la investigación, se denotó la objetividad y neutralidad de la información que se recolectó del familiar cuidador.

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Las quemaduras que presentan los pacientes, supone un gran reto para los familiares cuidadores que tienen que enfrentarse a diferentes momentos como el diagnóstico, tratamiento y cuidados posteriores a su recuperación. En este tipo de situaciones, los familiares cuidadores pasan por muchas etapas.

Según Callista Roy<sup>14</sup> en su Teoría de Adaptación, frente a una situación estresante existen cuatro modos de afrontamiento: Modo fisiológico, interdependencia, autoconcepción y las funciones que cumplen en su rol. En el presente estudio, se evidenció a través de la entrevista que los familiares cuidadores adoptaron diversas formas de afrontamiento, las cuales corresponden a los modos establecidos en la teoría descrita.

Por tanto, luego de recolectar la información proporcionada por los participantes del estudio y de sistematizarla y ordenarla, se procedió a la elaboración de categorías y subcategorías de estudio, donde los discursos contenidos en cada una de ellas, facilitaron llegar a una adecuada especificidad, descripción y análisis del proceso de adaptación que experimentan los familiares cuidadores.

A continuación, se describen y analizan cada una de las categorías, apoyándose de la literatura y los testimonios de los sujetos de estudio, los cuales nos ayudaron a comprender el panorama más ampliamente y sacar conclusiones más adelante.

**Primera categoría. Puntualizando el estímulo contextual del familiar cuidador de una persona quemada.**

**Sub categoría.** Carencia de sostén familiar para el cuidado de una persona con quemaduras.

**Sub categoría.** Carencia del mobiliario en el hospital para el acompañamiento del familiar cuidador.

**Sub categoría.** Carencia para la manutención del familiar cuidador y de la persona con quemaduras.

**Sub categoría.** Carencia en conocimiento y experiencia del familiar cuidador en el cuidado de una persona con quemadura

**Segunda categoría. Manifestaciones en los modos de adaptación del familiar que cuida a una persona con quemadura.**

**Sub categoría.** Alteración del modo de interdependencia en relación a la enfermedad de su paciente con quemaduras.

**Sub categoría.** Alteración en el modo fisiológico percibida por el familiar cuidador ante el cuidado.

**Sub categoría.** Alteración de modo de autoconcepto percibida por el familiar cuidador.

**Tercera categoría. Medios de afrontamiento del familiar cuidador de un paciente con quemadura.**

**Sub categoría.** Empleando la fe y esperanza

**Sub categoría.** Las enfermeras como redes de apoyo en el hospital

**Sub categoría.** La familia, en el cuidado de la persona con quemaduras.

## **Primera categoría. Puntualizando el estímulo contextual del familiar cuidador de una persona quemada.**

El ser humano tiene la característica de ser complejo, por lo que, frente a una experiencia de su vida, duda, plantea, resuelve, actúa y reacciona, y sólo así logra llegar a un grado máximo de adaptación y evolución. C. Roy en su teoría afirma que cada persona es un sistema adaptativo, encontrándose en constante interacción con el entorno cambiante. Y en su teoría precisa que los estímulos son “todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente”<sup>14</sup>.

La teoría de C. Roy se concentra en el modelo de adaptación de la persona, quien busca constantemente estímulos en su ambiente, generando reacciones que contribuye a la adaptación, estas reacciones o respuestas pueden ser eficaces; logrando que la persona alcance su integridad y adaptación, el control sobre las cosas etc, e ineficaces; las cuales no permiten alcanzar los objetivos de adaptación, es importante considerar que las personas reciben estímulos del entorno como de sí misma, hecho que determina el nivel de adaptación por los efectos que producen los “estímulos focales, contextuales y residuales”, consiguiendo su adaptación sólo si logramos que la persona reaccione de modo positivo ante los cambios que se suscitan en su ambiente<sup>14</sup>.

La respuesta de adaptación que asuma el individuo lo conducirá a estimular su integridad y a mantener una buena salud, por otro lado, las reacciones improductivas frente a los estímulos evitan lograr esta integridad. En relación a los estímulos focales se dice que son aquellas situaciones que la persona afrontará inmediatamente se presente la circunstancia como es el caso de una enfermedad o un evento externo <sup>14</sup>.

Por consiguiente, los estímulos residuales son aquellos elementos desconocidos que usualmente están en el ambiente, y cuyo efecto en el proceso de adaptación es ignorado, como ejemplo se tiene a “la expectativa, un valor, una actitud o una creencia, producto de experiencias pasadas”. Pero en el instante que se reconoce su influencia en la situación, se vuelve contextual<sup>13</sup>. Un estímulo contextual es entonces aquel que está presente en la circunstancia, y aunque no

es el que genera el consumo de energía, si influye en la manera como el individuo suele afrontar el estímulo focal.

Considerando lo antes expuesto se puede decir que el estímulo que afecta a los familiares cuidadores, expresados por ellos mismos, es el estímulo contextual<sup>38</sup>, porque llega a comprometer sus habilidades para solucionar el problema que enfrenta, su juicio, sus emociones, el manejo de situaciones, etc. Por otra parte, factores como la edad del paciente y la hospitalización también son considerados como un estímulo contextual para los familiares cuidadores, así mismo encontramos como factor el aspecto económico y el ambiente en el que cumplen su rol, algunos familiares expresan que en el servicio donde se encuentra su paciente hay varias camas y pacientes de todas las edades, este estímulo se profundizara en la siguiente sub categoría.

**Sub categorías.** Carencia de sostén familiar para el cuidado de una persona con quemaduras.

La familia, es el eje central en la vida de toda persona por ser el su ambiente más próximo e significativo; es considerada una estructura que admite la singularidad de sus integrantes, tiene la capacidad de conocer, alcanzar y afrontar sus derechos, y sobre todo se encarga de dar apoyo a sus integrantes. Pero, la familia puede subyugarla personalidad de sus integrantes originándoles dificultad, problemas y contradicciones, e incluso tiene la potestad de anular alguno de sus miembros en aras de asistir a los otros<sup>39</sup>. Por lo antes expuesto podemos considerar a la familia como un instrumento importante para luchar contra el infortunio como es el caso de enfrentar la enfermedad de un familiar, convirtiéndose esta es el principal soporte de ayuda moral, espiritual, económica etc, brindando además la fuerza que requiere el paciente para afrontar el proceso de su enfermedad<sup>27</sup>. Es por eso que el familiar cuidador del paciente quemado se ha convertido en parte del tratamiento físico y del acompañamiento que se necesita.

A sí mismo la familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas. Diversos estudios han mostrado que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida; así mismo el impacto de la enfermedad es mucho menor que en las

personas que no tienen este tipo de apoyo. La pérdida o ausencia de apoyo por parte de la familia, del familiar cuidador puede crear vulnerabilidad individual. Por el contrario, el apoyo familiar en este tipo de situaciones proporciona un marco de seguridad en el cual la persona puede poner en marcha todas sus habilidades y conocimientos para resolver la situación que se les presenta<sup>40</sup>.

Las funciones de los familiares cuidadores, son “críticos y centrales, que un individuo debe aprender a desempeñar exitosamente, no sólo para un funcionamiento adecuado sino también para el éxito de la familia” <sup>41</sup>. El familiar cuidador es quien cuida a su paciente con quemaduras, donde ellos manifiestan que les ha costado tiempo y requerían de apoyo por parte de los más integrante de la familia, para cumplir con su función de cuidador, convirtiéndose la familia y el familiar cuidador en la principal fuente de donde el paciente obtiene el apoyo social, al estar los integrantes de la familia en condiciones ofrecerse el soporte emocional necesario para afrontar la circunstancia que atraviesan, por lo que su inexistencia en el cuidado alteraría el contexto familiar.

Dicho aspecto es descrito por los familiares cuidadores en los discursos que a continuación se mencionan.

*Señorita yo cuido a mi hijo día y noche.... Estar muchos días en un hospital... No tengo familia en esta ciudad, todos se encuentran en Sullana... Estar lejos de mi casa y sin familia... El estar lejos de mis hijos, esposo y toda mi familia... Yo no soy de Chiclayo si no de Sullana, a este lugar es la primera vez que llego... Yo no recibo visitas, eso me llena de nostalgia, tristeza. **(Tulipán)***

*Señorita yo cuido de 8 de la mañana hasta las 4 pm... de las 6 de la tarde hasta las 8:30 de la noche. No tengo familia en esta ciudad, todos se encuentran en Piura. **(Clavel)***

*.... Desde el inicio cuido a mi mamá de día y noche...Yo soy quien cuido todos los días a mi mamá.... **(Margarita)***

Pinto N. Barrera L. Sánchez B <sup>42</sup> en su estudio definen al Familiar cuidador como “aquella persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad. Este cuidador participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona

con la enfermedad”. Es decir, son usualmente integrantes de la familia que asumen el rol de cuidar a su familiar desde el momento de su diagnóstico, y usualmente sienten que la actividad que desempeñan con su paciente ocupa la mayor parte de su tiempo.

Cabarit S<sup>43</sup>, afirma que usualmente el día a día de los familiares cuidadores está centrado en el cuidado de su paciente, perdiendo en el camino tiempo personal, actividades, fuerza física y emocional, exponiéndose a niveles altos de estrés, encontrándose con ello en una situación vulnerable y es que la enfermedad tiene como característica que cambia la dinámica de las familias, rompe la cotidianidad de la familia y del propio paciente, rompiendo el equilibrio, de la homeostasis, haciendo inútiles las respuestas y estrategias que frecuentemente se usaban ante un problema, haciéndose necesario buscar otra manera de afrontar la actual situación para así recuperar su equilibrio.

Por lo tanto, el familiar cuidador manifiesta el tiempo de cuidado que cuida a su paciente y a la vez expresa que necesita de apoyo familiar para realizar el cuidado o la función que está realizando en un determinado momento, esto se ve reflejado en los discursos presentados, donde manifiestan las horas que dedican a cuidar a su paciente, por otro lado, que sus familiares se encuentran lejos y no tienen quien lo reemplace en el cuidado. Así mismo durante el proceso de hospitalización de su familiar el cuidador experimenta situaciones de extrema preocupación que pueden modificar su conducta habitual así como sus emociones, llegando a causa de esto a postergar algunos compromisos que había asumido desde su vida personal e individual, retrasando su desarrollo personal, así mismo esta condición de familiar cuidador les exige estar siempre dispuestos a la modificación de su rol la incertidumbre propia de la evolución de la enfermedad..

Considerando lo antes expuesto hacemos referencia a lo manifestado por Guadalupe R<sup>44</sup> en su estudio, sobre el cuidado que se brinda durante la hospitalización de una persona, refiriendo que el familiar cuidador se enfrenta a una serie de situaciones a las que debe adaptarse tales como: espacio y olores, además de la dinámica propia de cada turno y equipo de salud. Este autor también nos hace referencia que los familiares no sólo participan en el tratamiento de la enfermedad por lo que su vida es afectada como resultado de las funciones insatisfechas, por

el escaso tiempo que le queda al estar su día centrado en las necesidades de su familiar hospitalizado, que no le permite asumir actividades diferentes al cuidado y mucho menos le deja espacio para la socialización, cambiando su rutina y funciones, ocasionando frecuentemente la fatiga en la familia, hecho que en algunos casos tiene un efecto de unir a los integrantes de la familia con el objetivo de facilitar la recuperación de su paciente, y en otras ocasiona una actitud opuesta a la ya mencionada traduciéndose en el alejamiento de los integrantes. De allí el nacimiento de la siguiente subcategoría

**Sub categorías.** Carencia del mobiliario en el hospital para el acompañamiento del familiar cuidador.

El mobiliario en el hospital, constituye uno de los pilares fundamentales para garantizar la seguridad y su estado de bienestar, en los pacientes y familiares cuidadores, la eficiencia y efectividad de una organización del mobiliario no está ligada a su propiedad, sino a la calidad de la gestión, bajo la cual está, reconocer la necesaria autonomía y responsabilidad a los profesionales como protagonistas de estos cambios, con resultados de mejorar la eficacia, la eficiencia y la efectividad en cuanto al mobiliario hospitalario<sup>45</sup>.

Así mismo García M<sup>46</sup>, menciona que “el ambiente hospitalario y el mobiliario de un hospital juegan un papel muy importante en la seguridad del paciente y del familiar cuidador, además de la gran influencia que tiene sobre la respuesta a su tratamiento, el ambiente hospitalario debe tratar de salvaguardar la sensibilidad personal y dignidad humana de los pacientes y sus familiares, tratar de aminorar sus ansiedades y preocupaciones, especialmente en aquellos casos donde los pacientes y sus familiares estén atravesando momentos difíciles”. Cedrés S<sup>47</sup> sobre el tema realiza la siguiente reflexión “cuantas veces durante una visita al hospital nos sentimos golpeados por la frialdad del ambiente físico, todos los materiales reflexivos, el mobiliario de metal, con arreglo al azar, o con dificultad de orientarse, falta de iluminación o de vista agradable, con la impresión de una estructura enorme, opresora y potencialmente autoritaria, en la que la dimensión humana se siente anulada. La seguridad se puede procurar proporcionando un ambiente cálido no-institucional, a fin de disminuir el miedo, y aumentar la confianza y autoestima de los usuarios”.



Quevedo A<sup>48</sup>, sobre este tema realza el papel importante que tiene la familia en el cuidado de personas enfermas como los paciente con quemaduras, manifestando que “el enfermo en varias oportunidades no cuenta con la capacidad de realizar las actividades de su vida diaria por sí solo, siendo indispensable que la familia este junto a él, convirtiéndose esta en fuente principal de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia”, ocurriendo esto por la naturaleza propia del ser humano quien siempre buscar cuidar de los otros así como de sí mismo, estableciéndose la concepción que “cuidar es el acto de atender a alguien, tener atención, tener cuidador, así como cuidar de sí mismo, quien ejerce el arte de cuidar es el cuidador, siendo definido como una persona de la familia”<sup>48</sup>.

Por lo tanto, el familiar cuidador es quien acompaña a su paciente, procurando de alguna manera hacer más agradable su estadía en el ambiente hospitalario, sin intervenir en los procedimientos propios de Enfermería. Previa consulta a la enfermera, puede asistir a su paciente en cuanto a la alimentación, brindarle ayuda para levantarse, entre otras actividades y es por ello que el familiar debe permanecer día y noche en el servicio, por lo que el cuidador debe de adaptarse al nuevo entorno que lo rodea y a las condiciones que el servicio le brinda para realizar el cuidado a su paciente específicamente al mobiliario que le ofrece<sup>48</sup>.

La propia carencia de mobiliario en el hospital para el familiar cuidador, hace sentir al familiar incómodo durante el cuidado que brinda, y de sí mismo y le lleva a improvisar, a subestimar esa falta, y con ello, tener problemas a los que tendrán que hacer frente. Por lo general, lleva al cuidador hasta el completo agotamiento físico y en muchos casos, emocional, esto se evidencia en el siguiente discurso.

*Es muy cansado estar sentada en una silla...Permanecer sentada todo el día y noche... no puedo descansar sentada para el día siguiente estoy cansada... es incómodo tener que cuidar a mi madre todos los días sentada, sin poder acostarme a descansar. (Fresia)*

*...Es incomodo pasar todo el día y noche sentada en una silla... el servicio si se mantiene en orden, y limpio. (Tulipán)*

*Es incómodo estar día y noche en esta silla... No puedo descansar... más bien me canso al estar sentada...(Margarita)*

Quero A, Briones R, Prieto A. et al en su estudio establecen que “desde la hospitalización, la inmersión en la vida y la estructura hospitalaria genera un cambio en los roles rutinarios del familiar cuidador. Originándose la necesidad de adaptación a un ambiente que usualmente provoca aprensión, por ser un espacio desconocido para la persona, por un lado, por la incertidumbre del pronóstico de la enfermedad y, por otro lado, a las barreras de comunicación que levanta la infraestructura del hospital y la inmersión en un nuevo status social: de familiar cuidador”<sup>49</sup>.

El discurso muestra como el familiar cuidador de un paciente quemado en el servicio de Cirugía Especialidades Quemados, vivencia la carencia de mobiliario al no tener un mueble cómodo, una cama para poder descansar y desvanecer ese cansancio físico, ponen de manifiesto la incomodidad que siente al no tener un ambiente donde descansar, las sillas que no son adecuadas, cómodas para permanecer un buen tiempo ya que sus pacientes llevan tratamientos lentos, requieren de cirugías, al permanecer sentado genera molestias al familiar cuidador, ya que es una posición anatómica optada pero no por mucho tiempo, naciendo así la siguiente categoría.

**Sub categoría.** Carencia para la manutención del familiar cuidador y de la persona con quemaduras.

La familia durante el proceso de cuidar va a ir enfrentando una serie de obstáculos que no son más que situaciones o hechos que impide el desarrollo de una acción, lo que se opone al cumplimiento de un propósito, los mismos que van a ir superándose por la propia familia aunque en el transcurso de ello aparecen consecuencias que va desde la preocupación por la economía del hogar, las modificaciones que sufren sus rutinas que lo exponen a una pérdida de intimidad y de independencia, el tiempo escaso, el agotamiento y el no contar con momentos de ocio, son los primordiales problemas<sup>50</sup>. Con respecto al familiar cuidador del paciente quemado la preocupación es por la parte económica, es decir el cuidador expresa deficiencia de economía para poder solventar los gastos que se van

generando durante el cuidado, ya que el seguro integral de salud no cubre todo el tratamiento solo es una parte, estos pacientes requieren tratamientos especializados por esta razón se generan gastos para el familiar cuidador.

Por otra parte, la economía, factor monetario con el que se cubren necesidades, es preocupante dentro de las familias con personas hospitalizadas por quemaduras, su recuperación es lenta, requieren de tratamientos específicos como por ejemplo cirugías, escarectomía, injertos, para cubrir gastos tienen que ingeniarse de muchas maneras para conseguir dinero suficiente.

El tener a un miembro de la familia en tratamiento por una quemadura causa un gran impacto a nivel económico. No porque el tratamiento sea costoso y largo; sino porque van a existir cambios en la vida de la persona y de la familia, apareciendo gastos económicos que, quizá, antes, no se consideraban necesarios o imprescindibles como lo son los pasajes que les demanda el asistir al reemplazo para cuidar e incluso muchas veces teniendo que incrementar su gasto diario por los alimentos que consumen durante este tiempo<sup>51</sup>. También consideran como dificultad el cambio del rol que tiene el familiar enfermo, sobre todo si es jefe de familia, en muchos de los casos, deja de trabajar; quedando indefenso el hogar, lo que fuerza a realizar una reestructuración de la economía familiar, tal situación se evidencia en los siguientes discursos:

*Tuve que llamar a mi otra hija que venga para que me reemplace... El dinero que tengo es solo para cubrir gastos de mi hija... No tengo ninguna ayuda económica.*  
**(Azucena)**

*El dinero que sale es para comprar medicamentos ya no para comprar para mi casa, mis hijas... Mis hermanos no ayudan ni a cuidar ni con lo económico.*  
**(Orquídea)**

*No tengo ninguna ayuda económica de mis hermanos, mi padre... Yo si trabajaba anteriormente pero ahora ya no tengo tiempo... me siento preocupada ya se termina mis ahorros y mi madre aún no se recupera.* **(Fresia)**

El que un familiar se encuentre internado en un hospital afecta cómo se desarrolla las relaciones familiares y obliga a que sus integrantes modifiquen sus roles rutinarios<sup>49</sup>. El tener a un miembro de la familia hospitalizado causa un gran impacto a nivel económico, no es porque el tratamiento sea costoso si no porque la

estancia de estos tipos de paciente es larga, que suelen llegar a modificar la vida de cada integrante de la familia en especial de aquel que se hace cargo del cuidado del paciente. En estos discursos se refleja la gran preocupación que tiene el familiar cuidador del paciente quemado, por el factor económico, pues muchos de ellos asumen la responsabilidad del sustento familiar como de los gastos que se generan durante el cuidado, la situación económica se vuelve más difícil, forzando cambios en el rol del cuidador, además la distribución del poco dinero existente dificulta a veces a los demás miembros de la familia e incluso a ellos mismos, debido a que ahora se van generando gastos adicionales como por ejemplo, en los medicamentos, en los suplementos alimenticios que requieren los pacientes quemados, en los pasajes y en la alimentación que debe consumir el familiar cuidador al estar lejos de casa. El rol de los integrantes de la familia a cargo del cuidado consigue una gran relevancia según el nivel de satisfacción de las necesidades del paciente y de ellos mismos. Nace la siguiente subcategoría.

**Sub categoría.** Carencia en conocimiento y experiencia del familiar cuidador en el cuidado de una persona con quemadura.

Vaquiroy S. Stiepovich<sup>52</sup> hacen referencia en su estudio que “El cuidar es un acto inherente a la vida, es el resultado de una construcción propia de cada situación de promover, proteger y preservar la humanidad; siendo la salud asumida por el familiar cuidador en un medio de marginalidad de vínculos familiares, culturales y sociales de la forma como se concibe el cuidado”. Así mismo estos autores señalan que desde el inicio de la vida las personas asumen el rol de cuidar, así como tienen la necesidad de ser cuidados; y es que las personas necesitan atenciones desde que nacen hasta que mueren, por tanto, cuidar es imprescindible para la vida y para la perpetuidad del grupo social”.

Adrianzén M<sup>53</sup> nos comenta sobre las experiencias de los familiares cuidadores y nos refiere que pueden llegar a sentir una experiencia gratificante al encontrarse frente a la responsabilidad de cuidar a su ser querido, pero también nos hace mención que esta labor no está exenta de presentar problemas, debido al gasto de energía y tiempo que presenta el familiar cuidador, teniendo en cuenta que la labor que el cuidador ejecuta no siempre son fáciles pues llevan un grado de

complejidad, aunque al final de la tarea cumplida el familiar cuidador se siente satisfecho del tiempo y dedicación dirigida a su familiar buscando verlo feliz y contento con cada logro.

Este mismo autor identifica tres momentos desde que se inicia la labor del familiar cuidador, en el primer momento, el familiar cuidador suele tener problemas para asumir adecuadamente la condición de su familiar y el trabajo que tiene por delante, acompañando su actuar algunas emociones como el enfado y frustración, al no tener control de los eventos causándoles temores que son propios del inicio de la enfermedad<sup>53</sup>.

En un segundo momento, luego de dar inicio a los cuidados y convertirse en rutinarios, el familiar cuidador recién toma conciencia sobre los conflictos que enfrentan junto a su paciente, así como de las exigencias que recaerán en él como familiar cuidador, haciendo necesario según Adrianzén M<sup>53</sup> “se adopten estrategias de afrontamiento personal, de planificación del tiempo, entre otro, y el recordar experiencias de cuidado a un familiar será un ejercicio rutinario realizado con el fin de cuidar al familiar de la mejor manera posible, aún en esta fase donde los sentimientos difíciles siguen presentes”.

En el tercer momento encontramos muchos integrantes de la familia cumpliendo el rol de familiar cuidador, conscientes de que gracias a la continuidad de los cuidados, se logra importantes cambios en el control de la situación de enfermedad de su paciente, teniendo en cuenta que con el tiempo y la práctica el familiar cuidados es capaz de adquirir destrezas y experiencias para cuidar adecuadamente al familiar, aunque no siempre esto nos permite que se logre brindar cuidados exitosos, por la sobre carga en las funciones del familiar cuidador generando en él un desgaste gradual en su condición de salud “mental, psicológico y muchas veces también físico”, por los múltiples momentos de estrés, preocupación que experimenta el familiar cuidado a causa de su inexperiencia y poco conocimiento de los cuidados que debe brindar, esto se ve reflejado en los siguientes discursos que a continuación se evidencian.

*No tengo ninguna experiencia de cuidar.... Es la primera vez que me encuentro en un hospital. (Clavel)*

*Lo que más me tenía preocupada es no saber cómo ayudar a mi mamá... Como movilizar su pie que tiene su quemadura... Es muy difícil, se me bajo los ánimos cuando lo vi a mi madre que la anestesia lo durmió y no saber cómo apoyar o ayudar... Yo como hija me puse mal... Me siento triste al ver que mi mamá está en un hospital. (Margarita)*

*Es una experiencia única al cuidar a mi madre... Es una experiencia fea al verlo quemada sus piernas... A mi mamá cuide hace unos años atrás, operaron del apéndice. (Orquídea)*

Para todo ser humano, presenciar un paciente hospitalizado por quemaduras ocasiona una experiencia extraña, según Quero A, Briones R, Prieto A. et al.<sup>49</sup> por el simple hecho que la hospitalización representa una experiencia importante en la mayoría de las personas, ocasionando alteraciones en los patrones de la vida diaria del paciente y familiar cuidador, así como de sus relaciones cotidianas en su quehacer diario, para estos investigadores “la enfermedad es un suceso que desarrolla grandes cargas afectivas e impulsa complejos procesos sociales, y afecta no sólo a la persona enferma, sino que se extiende al ámbito de las relaciones familiares, principalmente, e incluso al entorno social más próximo de las personas, refiriendo además que la enfermedad supera el ámbito del individuo y adquiere una dimensión social, que se caracteriza por la aceptación de la incapacidad para el desempeño del rol social. De esta forma los sucesos vitales son experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta”.

Por lo tanto, el familiar cuidador de una persona con quemaduras, expresa su inexperiencia para cuidar, no se sienten preparados para brindar cuidados, pero que de una y otra manera lo realizan por el bienestar de su familiar, por lo que experimentan situaciones que lo enfrentan a estados de preocupación que suelen generarle cambios en su conducta y emociones, llegando además por la labor asumida a postergar compromisos de índole social, salud, trabajo, rol de madre, y esposa. Frenando su progreso personal, hecho que se agudiza en el familiar cuidador de una persona con quemaduras, por la situación de dependencia que atraviesa su paciente, para lo cual deberá hacer uso de una gran determinación y fuerza para seguir adelante.

## **Segunda categoría. Manifestaciones en los modos de adaptación del familiar que cuida a una persona con quemadura.**

En su trabajo Cedrés S<sup>47</sup> refiere que “los estímulos activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo, el regulador responde automáticamente a los estímulos del ambiente interno y externo, y el cognitivo, está ligado a la conciencia y tiene relación con los procesos cognitivos y emocionales que permiten a la persona interpretar la situación y afrontar los estímulos ambientales, con base en el análisis de la situación, fundamentada en su experiencia y educación, para desencadenar respuestas que permita controlar la situación, mediante comportamientos o respuestas que pueden ser adaptativas o inefectivas”.

Gutiérrez M<sup>54</sup>, establece en su libro que las respuestas se dividen en cuatro modos de adaptación: “a) el modo de adaptación fisiológico – físico; centrado en la forma de reaccionar del hombre ante su entorno por medio de procesos fisiológicos, a fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse; b) el auto concepto del grupo, centrado en las necesidades de saber quién es uno mismo y como se debe actuar en la sociedad; definiendo la autoestima como el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado, c) modo de adaptación de la función del rol describe los roles primarios, secundarios y terciarios que desempeña el individuo en la sociedad. Por ende, el rol describe las expectativas que se tiene de cómo actuara un individuo frente a otro y d) el modo de adaptación de interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. Siendo estas categorías de conductas para adaptarse a los estímulos, donde nace la subcategoría.

**Sub categoría.** Alteración del modo de interdependencia en relación a la enfermedad de su paciente con quemaduras.

La Interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. Gutiérrez M<sup>54</sup> la describe como “la principal labor de dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social”, siendo la familia el principal soporte ante cualquier adversidad al demostrar su amor por la persona que cuida ya sea este hijo, esposo,

hija, madre; dedicando tiempo, amor, valores, ayudando en su recuperación de la persona con quemaduras.

Así mismo según Marriner R<sup>14</sup>, “la Interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Además, implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto”.

El modo de adaptación de interdependencia, se refiere a la interrelación del ser humano con su medio, los cuales son pilares fundamentales para que la persona desarrolle sus necesidades sociales y de afecto para obtener su bienestar psicológico y pueda desempeñar un buen rol en la sociedad.

En el caso de las personas que cuidan a una persona con quemaduras, requieren apoyo afectivo para poder mantener un equilibrio físico, emocional y así poder cumplir con las demandas que la enfermedad impone, brindar cuidados oportunos por parte del familiar. Los sujetos de investigación en este caso familiares cuidadores, relatan en las entrevistas que no cuentan con el apoyo de sus familias, además no mantienen buenas relaciones con ellos y sus amistades, lo cual es fundamental para que puedan seguir adelante con el cuidado a su familiar, el apoyo familiar se convierte en una parte esencial para la adaptación a la enfermedad de su paciente.

Ante ello los familiares cuidadores de una persona con quemaduras refieren:

*Es difícil, no tengo una ayuda permanente con el cuidado de mi padre... Me sorprendió porque no sabía qué hacer o como ayudar a mi padre. (Clavel).*

*Estar lejos y no saber cómo ayudar a mi hija, ella no se merece nada de esto, no es mala persona... Me siento preocupada al no saber cómo ayudar a mi hija con su quemadura. (Azucena)*

*Es muy difícil no tener con quien dejar a mi hijo... No, recibo ninguna ayuda, yo sola cuido a mi hijo... Yo me desesperaba al no saber qué hacer, a quien pedir ayuda, pensaba lo peor... Tengo que enfrentar todo lo que se me venga más adelante. (Tulipán)*



Quero<sup>49</sup>, sostiene que “el ámbito hospitalario es hostil para el familiar cuidador; y es necesario establecer un nuevo marco relacional entre los profesionales y los cuidadores y reconocer su presencia y actividad dentro de la institución sanitaria”.

Por lo tanto, es importante mencionar que la función emocional del familiar cuidador de una persona con quemaduras es esencial para toda la familia y su entorno al recibir la noticia de recuperación, es ahí donde ellos sienten la necesidad de compartir sus experiencias vividas, emociones sentimientos de esta nueva situación, y a través de ello sentir su soporte y protección. Por consiguiente, la familia es un sistema de apoyo fundamental para un afrontamiento eficaz del cuidador.

En el familiar cuidado su modo de interdependencia se ha visto afectado de alguna manera porque no tiene buenas relaciones con los demás integrantes de su familia, es decir el familiar cuidador tiene que asumir solo el rol de cuidador a su paciente quemado y con todos los gastos que se generen durante su estancia hospitalaria.

**Sub categoría.** Alteración en el modo fisiológico percibida por el familiar cuidador ante el cuidado.

Gutiérrez M<sup>54</sup>, refiere que este modo “implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina. Así mismo se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos, a fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse”. En este caso el modo fisiológico del familiar cuidador se encuentra alterado, donde manifiestan o expresan algunos cambios que se han ido dando en su organismo desde que su paciente se encuentra hospitalizado y hacen la función de cuidador.

Además, el proceder de este modo según Gerard J.<sup>55</sup> “se manifiesta mediante las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos, y sistemas que componen el ser humano, en el grupo social, está representado por las facilidades físicas y los recursos que tienen los participantes para interactuar y por las capacidades para realizar sus actividades”. El modo de adaptación fisiológica se refiere a la forma como la persona responde a su entorno y a los cambios fisiológicos que se presentan en el organismo para cubrir sus necesidades básicas. En el caso de los familiares cuidadores, los cambios más resaltantes están relacionados con la alimentación. Así mismo refieren:

*He bajado de peso, me doy cuenta en mi ropa, y por lo que no tengo ganas de comer, o si voy a comer en la calle lo hago de una manera rápida... solo quería dormir, me sentía muy cansada... El estar mal mi hija ha afectado mi salud... ya no me preocupo por mi persona, si no es por la recuperación de mi hija... yo me siento afectada... me duele la cabeza, la cicatriz de la operación... Sentí que estaba hablando de una forma incoherente... Tenía que comunicar a mi hija de lo que me sentía mal... No es lo correcto seguir cuidando a mi hija enferma... Mi hija está embarazada ya cumplió los 9 meses de gestación **(Azucena)***

*No tengo ganas de comer... Es difícil tener que almorzar o cenar sola... En estos pocos días ya he bajado de peso, será unos 2 kilos, me dado cuenta en la ropa, ya no me queda como antes... Lo único que pienso es en mi madre que pronto se recupere, este a mi lado siempre, poder tomar un desayuno en familia. **(Fresia)***

*En el caso de la alimentación es difícil tengo que salir todos los días a comer en la calle no es como en casa la comida, he bajado de peso... Al comer solo, no tengo apetito, y el estar pendiente que quizá ya llaman las enfermeras o el médico. **(Lirio)***

Según Callista Roy nos dice que “el modo filológico, implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina”<sup>28</sup>. En estos discursos nos muestran cómo ha ido afectando su modo fisiológico del familiar cuidador al realizar su función de cuidador a su paciente que presenta quemaduras, en este caso el familiar cuidador tuvo un cambio con respecto a su alimentación, es decir el cuidador expresa no tener ganas de comer, se debe por lo que le ha pasado a su paciente, por otro lado, manifiesta que tiene que salir a la calle a consumir los

alimentos, lo hace de manera rápida, y no es de su mucho agrado, es decir extraña comer en casa. Así mismo refieren los familiares cuidadores.

Para Barrón y Alvarado<sup>56</sup>, “lo caracterizaron el desgaste físico, como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que cuidan a pacientes con alguna enfermedad, hacerse cargo de una persona dependiente durante largos periodos de tiempo puede desencadenar problemas de salud en el cuidador ya que, cuando está sobrecargado, comienza a notar alteraciones en todos los aspectos de su vida. Entre las alteraciones físicas se encuentran el cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares”.

Para Ariansen et al<sup>17</sup>, cuidar a una persona con alguna enfermedad requiere tanto exclusividad como de buena salud física, ya que si el familiar cuidador se enferma no tendrá la forma de poder brindar cuidados a su paciente, no todos los cuidadores afrontan este reto de la misma manera, ni para todo el esfuerzo es el mismo, pero debido a la situación que atraviesa, fisiológicamente hay un “desgaste físico” que afecta negativamente en el estado de salud del familiar cuidador. Debido a que los familiares que cuidan de personas con alguna enfermedad no vigilan de su propia salud, pues de por sí cuidar de su familiar les acarrea el mayor tiempo posible, resultando como “segundas víctimas” o “segundos enfermos”. Así mismo refieren.

*Si he bajo de peso señorita... No consumo mis alimentos como debe ser... Antes estaba gorda, pesando entre 60 – 70 kg, ahora será 57kg (Clavel)*

*No tenía ganas de comer, no comía, no tenía hambre, siento que he bajado de peso, mi esposo me comento. (Margarita)*

*Algunos días no tengo ganas de comer... El almuerzo ya no consumo al igual que antes sino menos, mi dieta fue balanceada... Mi dieta fue de acuerdo a lo que me explico la nutricionista... En estos días solo almuerzo y ceno... Anteriormente pesaba 60kg ahora peso 58kg (Gardenia)*

Achury D. Castaño H. Gómez L. Gueva N<sup>57</sup> refieren que los síntomas que se presentan usualmente en el familiar cuidador suelen ser “la fatiga, las alteraciones del sueño, la funcionalidad, las alteraciones en el apetito, el estreñimiento, los

dolores y el malestar”. Así mismo estos autores citan a Espinosa, quien refirió que “el bienestar físico de los cuidadores presenta alteraciones orgánicas y psicológicas, debido a que tienen menos descanso, mayor desgaste físico, hiporexia, estrés emocional (aun mayor que el del propio enfermo o sus familiares), ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, problemas de memoria, etc., que se han englobado bajo la expresión síndrome de agotamiento del cuidador”<sup>57</sup>.

Así mismo, el modo de adaptación fisiológico se refiere a la forma como la persona responde a su entorno y a los cambios fisiológicos que se presentan en el organismo para cubrir sus necesidades básicas. Las transformaciones o cambios en la nutrición de la persona se convierten en complicaciones serias durante la etapa de enfermedad de su familiar, llegando a asumir comportamientos desordenados como comer en exceso o dejar de comer lo necesario para continuar estando saludable, dichas transformaciones pueden causar problemas de salud, en el caso del familiar cuidador el cambio que ha sufrido en la alimentación se ha ido observando en el peso corporal, tanto por el propio cuidador y por las personas allegadas.

**Sub categoría.** Alteración de modo de autoconcepto percibida por el familiar cuidador.

Palomino Lorente, A.<sup>58</sup>, define el modo de autoconcepto como “la integridad psíquica y espiritual, la necesidad en la persona de saber quién es uno, de modo que se pueda ser o existir con un sentido de unidad. El autoconcepto se ha definido como un conjunto de creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de sí misma en un momento dado, estos son adquiridos a través de la interacción social”.

Gutiérrez M<sup>41</sup> refiere que son “las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la auto coherencia y la auto ideal) y la identidad moral y ética (incluye la auto observación y la autoevaluación)”.

Además, según Marriner R<sup>14</sup> “se centra en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica, en la que subyace el modo de adaptación de la autoestima del individuo, se ha identificado

como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo”. El modo de autoconcepto se define como el conjunto de ideas y sentimientos que el familiar cuidador tiene acerca de sí mismo, los cuales son desarrollados en el transcurso de su vida y durante el cuidado que brinda, y en la interacción con su entorno, este se concentra en la dimensión psicológicas y espirituales del hombre. Existen muchas situaciones en donde las personas pueden ver alterada su autoconcepto como puede ser problemas sociales, el padecimiento de una enfermedad entre otros, debido a los cambios que pueden producir en su vida.

En el caso del familiar cuidador de una persona con quemaduras, los cuales sufren por recuperación lenta, las cicatrices, amputaciones, estos familiares manifiestan tener un concepto de sí mismo, y esto se ve reflejado con la opinión negativa que tienen sobre su imagen personal de haber transcurrido cambios en ellos, como su peso, carácter, alimentación, en donde ellos tratan de aceptar la enfermedad de su familiar, lo antes expuesto se refleja en los siguientes testimonios.

*Tengo un dolor dentro de mí, por lo sucedido con mi hija; me duele la cabeza... En un momento solo llore al ver sus heridas de mi hija... Es muy difícil, aceptar que mi hija este en un hospital. (Gardenia)*

*... Tengo que saber sobresalir de esto, y seguir apoyando a mi padre... Bueno por una parte me siento triste por tener que dejar a mi familia... Tengo que salir adelante y apoyar a mi padre... En estos momentos difíciles... (Clavel)*

*El primer día que se produjo el accidente, fue muy difícil, no sabía cómo cuidar, ayudar a mi hijo con su dolor... Me preocupe mucho pensé que mi hijo moriría no soportaría a sus heridas... Me sentí mal lloraba junto con mi hijo, una tristeza inmensa... Llore junto a mi hijo, por mi hijo estoy soportando... (Tulipán)*

Según lo manifestado por los familiares cuidadores de una persona quemada que ven afectado su estado emocional, principalmente se refleja la tristeza, siendo este estado superado con el soporte de la familia, teniendo en cuenta que las emociones suelen ser cambiantes y por ello hay que procurar manejarlas en forma adecuada. Las emociones suelen aparecer como resultado de enfrentarnos ante

situaciones propias del día a día. Es un cambio interno del cuerpo humano que según la situación a la que se enfrenta puede guiarla conducta.

Las emociones se caracterizan por tener un inicio violento, de gran ímpetu y profundidad, llegando a ser de corta permanencia, y que en un familiar con paciente quemado usualmente se exterioriza mediante el miedo o estados ansiosos, al observar a su familiar con quemaduras, y tener que enfrentar más adelante todos los cambios que se producen en su vida del familiar cuidador, donde nace la siguiente subcategoría.

### **Tercera categoría. Medios de afrontamiento del familiar cuidador de un paciente con quemadura.**

El término afrontamiento se refiere a los mecanismos de defensa que favorecen la adaptación del individuo, considerado un agregado de esfuerzos cognitivos y conductuales, que son constantemente cambiantes, a través de los cuales se enfrenta a las solicitudes específicas, externas o internas, consideradas angustiosas o cuantiosas de los recursos. De igual manera según Bailey Jr. Donald E; Stewart, Janet L.<sup>59</sup> “los procesos de afrontamiento son formas innatas o adquiridas mediante los que la persona interactúa con el ambiente. Los innatos son genéticamente determinados y vistos como procesos automáticos e inconscientes, los cuales se denominan subsistemas reguladores porque responden a través de procesos neurológicos, químicos y endocrinos”.

Para Nieto V, Prada, A<sup>13</sup>, “los procesos de afrontamiento adquiridos son desarrollados a través de estrategias de aprendizaje, juicios y emociones”. Por otro lado, en la práctica de enfermería a menudo se observa que los familiares hacen frente a las enfermedades crónicas degenerativas de diferentes formas, positivas o negativas.

Se hace referencia al término afrontamiento a aquellas estrategias que el ser humano pone en práctica para adaptarse ante cualquier situación, es decir es el conjunto de acciones intelectuales y conductuales que la persona ejecuta de manera cambiante para interactuar con su medio y hacer frente a las circunstancias que se le presente en la vida. Así mismo es parte fundamental para el manejo del

proceso de una enfermedad que va teniendo su paciente. Por otro lado, dichas acciones o estrategias pueden ser innatas es decir propias del individuo o adquiridas las cuales son producto de la interacción con el medio a través de su aprendizaje y experiencia<sup>13</sup>.

Además, este afrontamiento puede ser positivo y negativo; en el caso de los familiares cuidadores manifestaron que muchos de ellos tuvieron al principio un afrontamiento negativo frente a la enfermedad de su paciente como tristeza, depresión, entre otros, sin embargo por motivaciones internas como su familia, Dios y el deseo de seguir adelante hicieron que cambie su manera de ver las cosas y afrontan con mayor responsabilidad la enfermedad de su paciente, tomando la decisión de cumplir con el cuidado hacia su paciente con quemaduras y así contribuir de alguna manera en la recuperación de su paciente<sup>13</sup>.

#### **Sub categoría.** Empleando la fe y esperanza

La enfermedad produce un sufrimiento no solo en la persona enferma sino también en los familiares cuidadores, este sufrimiento da lugar a una búsqueda de sentido que ayude a comprender esta experiencia tan abrumadora que están pasando. Las creencias religiosas pueden proporcionar respuestas a las preguntas existenciales relacionadas con la enfermedad y la muerte. La religión y las prácticas religiosas pueden ser determinantes en el proceso salud-enfermedad. En función de las creencias del familiar cuidador, el significado dado a la enfermedad, hacer frente a la situación será más o menos fácil. La religión es una parte importante en la vida de las personas pudiendo facilitar estrategias de afrontamiento en situaciones difíciles<sup>60</sup>. Es por ello que el familiar cuidador al pasar por este suceso se aferra Dios, teniendo fe en Dios, tengan la religión que tengan.

Según Montilla A<sup>61</sup>, “la fe en Dios, proporciona al ser humano razones para vivir mediante un sistema ético y en la experiencia en lo sagrado, una orientación religiosa contribuye a formar la personalidad saludable, mejorar la calidad de vida y fomenta el crecimiento de la capacidad para amar y desarrollarse, permitiendo a una persona vivir con decisión o enfrentarse a la eminente muerte con coraje y

preservar los valores humanos”. El familiar cuidador se aferra mucho a Dios, de alguna manera pide por la recuperación de su paciente.

Así mismo este autor nos dice que “los propósitos soberanos el Señor puede permitir la enfermedad para el bien de los suyos, aunque de entrada no parezca pueda llegar hacer así, en su sabiduría y amor, El dosifica cuidadosamente la prueba permitida para que alcance su meta, y al mismo tiempo nos da a sus hijos la fuerza necesaria para soportarlo. En muchos casos podemos ver el hermoso testimonio del amor de Dios y la fe de sus hijos”<sup>61</sup>. El familiar cuidador del paciente quemado tiene fe y esperanza en Dios, es por ello que pide por la salud de su paciente.

Por otro lado, Gutiérrez M<sup>54</sup>, nos dice que “la fe se puede entender como un sistema de guía interna, básico para el bienestar humano, que influye en la vida, la conducta y la salud, sin importar la filosofía, las creencias o las prácticas religiosas de la persona”. La esperanza, se considera una virtud teologal infundida por Dios, que según Antonio Rivero L.C.<sup>62</sup>“le permite al hombre tener confianza y plena certeza de conseguir la vida eterna y los medios, tanto sobrenaturales, necesarios para alcanzarla, apoyando en el auxilio omnipotente de Dios”. Por lo que para el binomio paciente – familiar cuidador, la Fe en un “todo poderoso” se convertiría en el estímulo que le daría la energía a su espíritu para afrontar la situación que enfrenta, y superar las dificultades que lo atormenta. Tal como se demuestra en los siguientes discursos.

*Todos los días pido a Dios que se recupere y cure sus heridas, que camine, haga su vida como cualquier persona de su edad... Tengo esperanza que se recupere y que sanen sus heridas **(Tulipán)***

*Intento ponerme fuerte delante de mi madre... Esas son las pruebas que te pone Dios... Dios me puso esta prueba en mi camino... Lo único que me puse a confiar en Dios... Pero a pesar de todo Dios nos ayuda y con su bendición ya se está recuperando **(Margarita)***

*Todos los días pido a dios que mi madre se recupere pronto... Dios es mi soporte, mi guía en todo momento, sé que en todo momento me ayudara... Creer en Dios, tengo fe que mi madre pronto saldrá de este hospital... **(Fresia)***



El profesar una religión y practicarla es de gran ayuda para el paciente y familiar, pues su fe en un todo poderoso que esta con sus fieles en los momentos de mayor angustia, les da la fortaleza para enfrentar los momentos difíciles a través de la oración, guardando la esperanza de la pronta mejoría de su paciente. La fe consiste en confiar con certeza en Dios, las personas que tienen fe son las que aceptan de alguna manera sus creencias, aun cuando la situación del familiar cuidador del paciente quemado parecía complicarse cada día más ellos creían o se aferraban más en Dios. Esta seguridad fundada en Dios, le da al familiar cuidador la paz y tranquilidad que necesitan en sí mismos para poder seguir adelante y no darse por vencidos ante los diferentes obstáculos que se les pudo presentar al cuidar a su paciente.

**Sub categoría.** Las enfermeras como redes de apoyo en el hospital.

La profesión de enfermería ha crecido en el devenir de los tiempos, por los diferentes roles y responsabilidades que ha asumido dentro de las sociedades en el cuidado de la persona, de las familias y la comunidad misma, desde su filosofía de cuidado y satisfacción de las necesidades de manera holística e integral. Según León R, Carlos A <sup>63</sup> esto es el resultado “del desarrollo de diferentes conocimientos y habilidades en función de las demandas sociales, donde el arte de la Enfermería se cristalizó en el actuar por la persona incapacitada, ayudándola a actuar por sí misma y/o a aprender a actuar por sí misma, siendo la relación de ayuda del profesional de enfermería sustentada en el cuidado de la salud, como un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecérsela; utilizando para ello los sentimientos, emociones, creencias, valores, conocimientos, experiencias, vivencias de salud anteriores y mecanismos de afrontamiento a situaciones de salud en particular”.

Por lo tanto, Ángel G, López F, Restrepo D<sup>64</sup>, refieren que “cuando una enfermera cumple el rol de educadora, su actuar está orientado a facilitar, motivar y orientar al ser educado, causando en él o ella un cambio beneficioso para su salud. Por esta razón el profesional de enfermería que educa a los familiares cuidadores en el proceso de su adaptación, tiene como deber, brindar información

concisa y precisa respecto a los cuidados que deben brindar a su familiar con la finalidad de vencer barreras, miedos o falsas concepciones”.

Así mismo estos autores manifestaron que “el profesional de enfermería debe adoptar estrategias para promocionar la salud, y para ello es necesario que asuma su responsabilidad en la prevención de enfermedades mediante el desempeño de su rol docente-orientador”<sup>64</sup>. En el presente estudio las investigadoras pudimos identificar información brindada por las enfermeras respecto a los cuidados que deben brindar el familiar cuidador, cuya temática se centra en las satisfacciones de las necesidades básicas del ser humano como: cambio de pañal, alimentación, cambio de posición, entre otras.

Una de las intervenciones prioritarias en el caso de los pacientes quemados en relación al familiar cuidador es la educación de los familiares cuidadores en relación a los cuidados que debe recibir su paciente. En relación al cuidado Marriner R<sup>14</sup>, no dice que es “una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas, es más que una simple actividad de curar, el cuidado es una forma de expresión, de relación con el otro ser con el mundo, como una forma de vivir plenamente de modo informal o rudimentario. El cuidar se inicia de dos formas: como un modo de sobrevivencia y como una expresión de interés y cariño en relación con otro ser, por tanto, relacional”.

Así mismo esta autora nos hace referencia que “las personas se relacionan en una forma y promueven el crecimiento y el bienestar de los otros, en tal sentido el profesional de enfermería siempre está en constante interrelación con la persona que cuida y sus familiares, promoviendo el autocuidado”<sup>14</sup>. El profesional de enfermería siempre va a buscar el bienestar de su paciente al igual que el familiar cuidador es por ello que el trabajo debe ser mutuo para llegar a un fin común, que es la recuperación del paciente quemado, mostrándose este hecho en los siguientes discursos.

*Las enfermeras a mí no me trataron mal siempre me orientaron, respondieron a mis dudas... Ya sé cómo cuidar a mi hijo, cada día aprendiendo (Tulipán)*

*Las enfermeras algunas son buenas me escuchan...A hora ya sé cómo ayudar a mi madre ya aprendí, poco a poco fui aprendiendo... Las enfermeras me enseñaron a realizar algunas actividades con mi madre, movilizar su pie, sentarlo para comer, y ahora ya lo hago yo misma (Margarita)*

*Algunas enfermeras son muy amables, nos tratan bien... Las enfermeras resuelven mis dudas que tengo sobre el cuidado o el medicamento que lo están colocando a mi padre.... Las enfermeras me enseñaron a lavarme las manos, cambiar de posición a mi padre (Clavel)*

León R, Carlos A <sup>63</sup> en su publicación manifiesta que “las relaciones del enfermero en el hospital se basan en un estado de equilibrio entre las habilidades de enfermería para prescribir, asignar, manejar y mantener los sistemas de autocuidado terapéutico de las personas y las capacidades de estas y de sus familiares para realizarlas”. Por consiguiente, la educación brindada por la enfermera respecto al cuidado, le permite al familiar cuidador valorar la importancia de cumplir con el cuidado. Lograr que los familiares cuidadores comprendan la importancia del cuidado, está relacionado en gran parte con la capacidad que tenga el profesional de enfermería en comunicar la información e influir en ellos para que cumplan con las recomendaciones que se les brinda.

Así mismo Maza M, Zavala M, Merino J <sup>65</sup> refieren que “el profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición, tanto de los que padecen una enfermedad como de los familiares cuidadores; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado”, es por ello la enfermera educa al familiar cuidador y logra que ellos cumplan con los cuidados hacia su paciente de alguna manera se siente satisfecha con la función que cumplió como educadora, En esa interacción terapéutica con el paciente, el enfermero (a) debe asumir una postura que comunique e infunda salud, sustentada en las habilidades conceptuales, procedimentales y su propia filosofía de trabajo, formadas durante su preparación profesional, es por ello en los discursos los familiares mencionan su satisfacción que tienen con las enfermeras y con las enseñanzas que se les ha brindado para que hagan una buena función, se sienten más seguros al cuidar a su paciente quemado. Donde nace la siguiente sub categoría.

**Sub categoría.** La familia, en el cuidado de la persona con quemaduras.

Álvarez M<sup>27</sup>, en relación al núcleo familiar nos dice que “es el entorno más cercano e importante en la vida de una persona. Asimismo, es una de las piezas nucleares de las leyes e instituciones capaces de brindar apoyo en medio de los cambios y aunque se vea sometida a modificaciones es una institución perdurable y modificable”. Los familiares cuidadores de personas quemadas tienen un gran impacto en su vida al tener que afrontar las situaciones problemáticas.

Por tanto, las autoras concluyeron que la familia es la pieza importante dentro del apoyo que requiere cada uno de sus integrantes quienes están dispuestos a ofrecerse entre el soporte espiritual, emocional y asistencial que necesitan, cumpliendo en cada integrante diversas funciones, siendo una de ellas el valorar el funcionamiento del sistema de apoyo que se brindan sus miembros. Este apoyo social que se brinda, posee funciones entre ellas, emocional y apoyo social, moral.

La función emocional los sentimientos de estima, afecto, confianza y seguridad que brindan los familiares cuidares a sus pacientes se ve reflejado en la dedicación, cuidado y el apoyo social, moral que lo hacen con el reemplazo para cuidar el intercambio con otro familiar para cuidar a una persona con quemaduras. Lo cual se corrobora en los siguientes discursos.

*Mis tías solo vienen unas horas, intercambiamos para que lo puedan ver... Yo soy la que respondo por mi mamá para todo... solo domingos me reemplazan, como hoy, por ejemplo, con mis vecinos nos apoyamos, me llevo bien me apoyan... Me limitado a ver a mis hijos, pero mi esposo lo cuida mi vecina me ayuda. (Margarita)*

*Me reemplaza unas horas mi prima... Soy la única hija mujer y tengo que cuidarla, mis Hermanos hombres no es igual... Tener que ir al hospital a ver a mi madre todos los días. (Orquídea)*

*Mi tía quien es hermana de mi papá me ayuda con el cuidado... Mi tía es quien me acompaña por momentos... Tuve que dejar a mis hijos, para estar cuidándolo a mi padre... Yo soy quien cuido a mi padre no hay quien más. (Clavel)*

Para la mayoría de los familiares cuidadores entrevistados la ayuda para cuidar es muy primordial. La familia en su conjunto cumple un rol importante, y es

la de dar y recibir cuidados oportunos, ser el soporte ante cualquier adversidad que se presente cuando están realizando su labor de cuidador familiar y este, también necesita de ayuda por parte de sus demás miembros de su entorno familiar, es un complemento de ayuda al decir de un reemplazo, al ser de esta manera el familiar se adaptara a los cambios que se produce durante el proceso de dar cuidados.

Por lo tanto, las autoras concluyen que la ayuda de la familia, al cuidador familiar es un sistema de apoyo fundamental, porque fomenta en ellos una actitud positiva y libera la sobrecarga, la responsabilidad, del cuidador, y de esta manera toda la familia será involucrada en dar cuidados a su familiar que se encuentra con una quemadura.

## **CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Consideraciones finales**

La adaptación del familiar cuidador del paciente quemado, se describe mediante el estímulo contextual, que está reflejado en la carencia de sostén familiar para el cuidador que se encuentra al cuidado del paciente quemado, en un medio hospitalario con carencias de mobiliario generando en el cuidador un cansancio físico, emocional, al mismo tiempo el familiar cuidador siente preocupación al no tener ayuda económica, un soporte muy importante para mejorar la calidad de cuidado y en cuanto a su experiencia para cuidar a una persona con quemaduras el familiar cuidador no se siente preparado para brindar cuidados a un paciente quemado. En cuanto a los modos de adaptación hay una alteración en los 3 modos; en el modo fisiológico hay una alteración en su salud, es decir en la alimentación de la mayoría de los familiares cuidadores, debido a esto ha habido cambios en su peso, por lo que puede generar cambios en su salud, en el modo de autoconcepto, se ve afectado su estado emocional, principal mente se refleja la tristeza por la situación actual de él y su paciente y en el rol de interdependencia, refieren tener de alguna manera malas relaciones con sus familiares, es decir no cuentan con apoyo en el cuidado y en lo económico.

Durante el proceso de adaptación que atraviesa el familiar cuidador del paciente quemado, se llegó a comprender que el familiar responsable de su cuidado, vivencia durante el largo periodo del proceso de enfermedad de su paciente una variedad de sentimientos e intransigencias muchas veces a causa del inicio brusco e imprevisto de la enfermedad y por el tiempo inespecífico que requerirá cuidar a su paciente teniendo en cuenta el tipo y grado de quemadura, es importante rescatar que, para afrontar esta situación de una manera positiva, las principales fuentes de apoyo son la familia, la fe y esperanza en Dios.

La familia, en todo momento es apreciada como el ambiente más próximo y de gran relevancia en la vida de una persona por lo que es una fuente primaria de apoyo social, familia en su conjunto cumple un rol importante, y es la de dar y recibir

cuidados oportunos, ser el soporte ante cualquier adversidad que se presente cuando están realizando su labor de cuidador familiar, el apoyo familiar se vio manifestado a través de palabras de aliento, ayuda con el cuidado al cuidador, lo cual mejoró el proceso de afrontamiento de los familiares cuidadores. Al igual que la fe y esperanza en Dios, considerado fuente de vida para la persona pues la fe que se tiene en un ser supremo llena de razones para que una persona desee vivir, la fe es un sistema de guía interna, básica para el bienestar humano, los familiares cuidadores que están atravesando por un momento difícil, usualmente se aferran a Dios y practican su fe teniendo en cuenta las normas de la religión que profesan, albergando en sus corazones la esperanza de que pronto ocurrirá la mejoría de la enfermedad de su paciente.

## **5.2 Recomendaciones.**

El profesional de enfermería hoy en día solo se interesa por el paciente, es decir en su recuperación, que no tenga complicaciones, en el tratamiento que está recibiendo entre otros, la enfermera (o) de alguna manera debe interesarse en el cuidado del familiar, quien le ayuda en el cuidado al paciente, ya que estos tienen que adaptarse a su nuevo rol de cuidadores, por lo que van a sufrir varios cambios tanto físico, emocional y espiritual. Es por ello que el profesional de enfermería debe estar junto al familiar cuidador y así poder afrontar los cambios que se producen.

Organizar a los familiares en grupos de ayuda mutua, donde puedan compartir sus vivencias, a fin de encontrarlos medios que permitan afrontar las dificultades que se presentan mientras cuidan a su familiar afectado por una quemadura y se encuentra hospitalizado recibiendo tratamiento, será con la finalidad de estar preparados, de alguna manera hacer frente a posteriores eventos.

Que la escuela de enfermería considere los resultados de esta investigación, para crear conciencia en los estudiantes de cuán importante es trabajar con la familia como aliado, para lograr un buen sistema de apoyo que permita reducir

riesgo y mantener el cuidado óptimo en los pacientes, conduciéndonos a su pronta recuperación, considerando que la familia es dadora y receptora de cuidados.

A las futuras investigadoras: se les recomienda que puedan tratar, más a fondo, el tema de adaptación del familiar cuidador del paciente quemado.



## REFERENCIAS

1. Orosco A. Transcripción de Callista Roy. Octubre 2012. Disponible en:[https://prezi.com/eoiuvmh-\\_02c/sor-callista-roy/](https://prezi.com/eoiuvmh-_02c/sor-callista-roy/) ultimo acceso 15 de octubre del 2016
2. Mireya Y, Giraldo E, Jiménez W, Ortiz J, Mercado K. Cuidado Del Paciente Quemado En Estado Crítico: Un Reto Para Enfermería. Tesis. Universidad de La Sabana. Facultad de Enfermería y Rehabilitación Chía; 2014. Acceso el 12 de abril del 2016. Disponible en: [http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/10791/Yuly%20Mireya%20Cuatin\(TESIS\).pdf?sequence=1](http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/10791/Yuly%20Mireya%20Cuatin(TESIS).pdf?sequence=1)
3. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *ciencia y Enfermería*. 2012; 1: 2 – 3 [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art\\_04.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art_04.pdf)
4. Bermejo C, Martínez M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Madrid. Disponible en: [http://web2014.fuden.es/FICHEROS\\_USUARIO/Proyectos\\_Imagenes/PROYECTO11.pdf/](http://web2014.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/PROYECTO11.pdf/)
5. Ángeles. M. los costes invisibles de la enfermedad. Fundación BBVA, biomedicina y salud: España. 2002, 2da Ed. Disponible en: [http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/areas/biomed/publicaciones/libros/ficha\\_libro/index.jsp?codigo=23](http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/areas/biomed/publicaciones/libros/ficha_libro/index.jsp?codigo=23)
6. Jiménez V, Zapata L, Díaz L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquíchan*. 2013; Vol. 13, No. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2407/html>
7. Comisión de Salud y población. Periodo anual de sesión 2015 – 2016. Dictamen sobre el proyecto de Ley 5076/2015 – CR. Congreso de la república del Perú. 4 mayo 2016. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/DictamenesFuturo/AD3EA7D9B1B2D1A605257FB7005C3E4D/\\$FILE/Salud\\_5076-2015-CR\\_Fav.Sust.Unanimidad.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/DictamenesFuturo/AD3EA7D9B1B2D1A605257FB7005C3E4D/$FILE/Salud_5076-2015-CR_Fav.Sust.Unanimidad.pdf).

8. Rentería C, estadísticas del Hospital Regional Docente las Mercedes, servicio de cirugía especialidades – quemados. 2015
9. Guillén R, García C. Filosofía y práctica de enfermería: El Manual Moderno; 2016. p.p - 251 Disponible: [https://books.google.com.pe/books?id=9uyzCwAAQBAJ&pg=PT28&lpg=PT28&dq=significa+encargarse+de+proveer+bienestar+integral+a+la+persona,+proteger+y+mantener+la+salud,+respetar+sus+sentimientos+y+sus+derechos&source=bl&ots=\\_3MIVncZ5a&sig=-U4vQY03N6RhwWuNT3zdKNDXICE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj-qKjv\\_tvRAhVIZCYKHZpxB20Q6AEIGDAA#v=onepage&q=significa%20encargarse%20de%20proveer%20bienestar%20integral%20a%20la%20persona%20C%20proteger%20y%20mantener%20la%20salud%20C%20respetar%20sus%20sentimientos%20y%20sus%20derechos&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=9uyzCwAAQBAJ&pg=PT28&lpg=PT28&dq=significa+encargarse+de+proveer+bienestar+integral+a+la+persona,+proteger+y+mantener+la+salud,+respetar+sus+sentimientos+y+sus+derechos&source=bl&ots=_3MIVncZ5a&sig=-U4vQY03N6RhwWuNT3zdKNDXICE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj-qKjv_tvRAhVIZCYKHZpxB20Q6AEIGDAA#v=onepage&q=significa%20encargarse%20de%20proveer%20bienestar%20integral%20a%20la%20persona%20C%20proteger%20y%20mantener%20la%20salud%20C%20respetar%20sus%20sentimientos%20y%20sus%20derechos&f=false)
10. Capuñay J, Seclén M, Montenegro G. Experiencias de las mujeres mastectomizadas durante su proceso de adaptación desde el modelo de Callista Roy. Rev. SALUD & VIDA SIPANENSE. 2015;2 (1): 63-73.
11. Reaño K, La Torre T. Afrontamiento de los Padres Frente a la Retinopatía del Prematuro en un Hospital Local. Chiclayo-2014. Tesis Licenciatura. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015. 02 pp. [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/465/1/TL\\_ReanoGallardoKarla\\_LatorreBurgaTatiana.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/465/1/TL_ReanoGallardoKarla_LatorreBurgaTatiana.pdf)
12. Moreno M. Aplicación del modelo de adaptación en un Servicio de Rehabilitación Ambulatoria. Rev. Aquichan. 1(1). Bogotá, Colombia.2011.
13. Nieto V, Prada, A. Proceso de Adaptación de los Adultos Maduros con Diabetes Mellitus Tipo II Atendidos en el H.N.A.A.A Chiclayo. Tesis Licenciatura. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012. 02 p.
14. Marriner R. Modelos y Teorías de Enfermería. 6ta ed. Madrid: Elsevier Mosby.2007
15. Díaz L, Durán M. Gallego, P. “et al.”. análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichán. 2002; Vol. 2 (1): 2 - 3

16. López P, Rodríguez M, Herrero M. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. Gerokomos. 2009; 20 (4): 1-2
17. Ariansen S, Panta T, Díaz R, Constantino F. El familiar cuidador y su proceso de adaptación para cuidar a la persona con Alzheimer según la Teoría de Callista Roy. tesis Bachiller en Enfermería. Chiclayo, Perú. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT); 2014. 02p <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/459.pdf>
18. Chero F, Requejo E, proceso de adaptación de los padres frente a la hospitalización de su niño en el Hospital Provincial Docente "Belén" Lambayeque. tesis licenciado en enfermería. Chiclayo, Perú. Universidad Señor de Sipán (USS); 2015. 06 p
19. Ferrada R, Tróchez J, Ayala J. Manejo del paciente quemado. 2014. <http://salamandra.edu.co/CongresoPHTLS2014/Manejo%20del%20Paciente%20Quemado.pdf>
20. Yaringaño Y. Relación entre el nivel de conocimiento y prácticas preventivas de accidentes por quemaduras en madres de preescolares, Centro de Salud Juan Pérez Carranza. Tesis. Perú, Lima. Universidad Ricardo Palma. 2012. p.30.
21. Torresi L. Conocimiento y práctica sobre quemaduras y su tratamiento de la población que asiste al SAMCO "Dr. Reynaldo Barrionuevo". Tesis. Argentina. Universidad Abierta interamericana. Sede Región Rosario. 2011. p.8-9.
22. Tapia F. Cuidados enfermeros en la Unidad de Quemados. Ed. 2. España: Editorial Publicaciones Vértice; 2008. p. 2
23. Morocho E. Participación de la familia durante los cuidados brindados a pacientes hospitalizados en el área de quemados del Hospital Roberto Gilber. (tesis doctoral). Ecuador, Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil 2011. 2 p.
24. Palao R. Quemados: valoración y criterios de actuación. 1ra ed. España: MargeBooks, 2009. P. 11
25. Ramírez J, Ydrogo Y. Ética del Cuidado del Profesional de Enfermería Desde la Perspectiva del Familiar Cuidador del Paciente en Estado Crítico. Tesis

- Licenciatura. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013. 2 p.
26. Alvarado D. Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto Mayor frágil Centro de atención Del adulto mayor “taytaWasi”. Tesis Licenciatura. Lima; Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013. 5-6 p.
  27. Álvarez M. La familia ante la enfermedad. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2000.
  28. Moreno M, Alvarado A. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichán. 2009; 9 (1): 2 – 4- 6.
  29. Flórez I, Herrera E, Carpio E. “et al.”. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. 2011; 11: 1-39.
  30. Mendoza R. plan de cuidados para el cuidador del paciente pediátrico con quemaduras. (tesis licenciatura). México, Santiago de Querétaro: universidad autónoma de Querétaro; 2014. 2 p.
  31. Salamanca A. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. Revista Nure Investigación. 2006; 24: 2.
  32. Polit D. Diseño y métodos de la investigación científica en ciencias de la salud, principio y métodos. 6ta ed. México: Mc GrawHill; 2003. P. 195.
  33. Hernández, R. Fernández, C. Baptista, L. Metodología de la investigación. 2da ed. México: Mc Graw Hill.2000. P 198
  34. Pérez, G. Investigación cualitativa. Retos e Interrogantes, II Técnicas y Análisis de Datos. 6ta ed. España: La Muralla; 1998. P. 45 – 46
  35. Yin Robert K. caso de estudio de investigación: diseño y métodos – aplicaciones investigación social de la serie métodos 1º edición Beverly hill 1993. P. 144-140
  36. Ávila A. Informe de Belmont. 2012, acceso 15 de mayo 2016. Disponible en [http://www.innsz.mx/descargas/investigacion/informe\\_belmont.pdf](http://www.innsz.mx/descargas/investigacion/informe_belmont.pdf)
  37. Polit, Denise F. Investigación científica en ciencias de la salud: Principios y Métodos. México, D.F. Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000.
  38. Loayza B, Zapata A, Carhuajulca D, Rojas A. el cuidado de enfermería desde el modelo de adaptación. 1era. Ed. Fundación Index – granada – España; 2011.

39. Bustamante E. Enfermería familiar: Principios de cuidado a partir del saber común de las familias. Universidad nacional de Trujillo. Perú 2004
40. Morena V. El papel de la enfermera: impulsar el apoyo familiar del paciente. Salud Mental. 2014
41. Gutiérrez M. adaptación y cuidado en el ser humano una visión de enfermería. Universidad de la sabana. Manual moderno. 2010.
42. Pinto N. Barrera L. Sanchez B. reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “cuidando a los cuidadores”. Aquichan. 2013; vol 5 no.
43. Cabarit S. Afecciones psicosomáticas en cuidadores de familiares enfermos. Intersecciones Psl. 2014; vol 1: 3
44. Guadalupe R. Experiencia de los cuidadores de enfermos crónicos en el hospital. Enfermería Neurológica. 2010; Vol. 9 (54-58): 5
45. Montes T, Mengíbar J, Torres M. Gestión hospitalaria 4a. ed. Madrid: McGraw-Hill España; 2007. P. 70
46. García M. La importancia del mobiliario en un hospital. Salud a diario.2015.
47. Cedrés S. humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. Facultad de Medicina. 2013; vol.23
48. Quevedo A. Experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia – hospital Almanzor Aguinada Asenjo- 2011. Tesis Licenciatura. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012. 02 pp.
49. Quero A, Briones R, Prieto A. et al. Los cuidadores familiares en el Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación. IndexEnferm. 2005; vol.14 (48-49): 2 – 5
50. Potter P. Fundamentos de Enfermería. Ediciones Harcourt. 5ta. Ed. Madrid - España. 2009.
51. Tapia F. Cuidados enfermeros en la Unidad de Quemados. Málaga: Publicaciones Vértice; 2008. P. 20
52. Vaquiro S. Stieповich J. cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Ciencia y enfermería. 2012;v 16 n.2
53. Adrianzén M. experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia. Tesis licenciatura. Lambayeque, Perú: Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo; 2012. 49 pp

54. Gutiérrez M. Adaptación y cuidado en el ser humano: Una Visión de Enfermería. Manual Moderno: Colombia. 2007.
55. Gerard J. anatomía y fisiología humana 11va ed. Panamericana. 2009
56. Barrón B. Alvarado S. Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. México 2011. Disponible en <http://www.antesdepartir.org.mx/lecturas/Desgaste-del-cuidador.pdf>
57. Achury D. Castaño H. Gómez L. Gueva N. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Bogota. 2011.
58. Palomino Lorente, A. "Fundamentos de psicología de la personalidad" 1er Edición. Editorial: Ediciones Rialp. Madrid. 2003.
59. Bailey Jr, Donald E; Stewart, Janet L. Modelos y teorías en enfermería. Capítulo 30, MerleMishel. 5° Edición. Editorial ElsevierScience.España. 2003 p. 563
60. Villalba E.Cots I. Romero R. Las creencias religiosas condicionan el afrontamiento de la enfermedad y muerte de un familiar. Dialnet. 2012; vol. 9, N°39
61. Montilla A. "El paciente y la familia ante la Enfermedad" 3era Edición. Madrid. 2008.
62. Antonio Rivero L.C. Las virtudes teologales: Fe, esperanza y caridad. Fueron infundidas por Dios en nuestra alma el día del bautismo. Catholic.net. Disponible en: <http://es.catholic.net/op/articulos/1565/las-virtudes-teologales.html>
63. León R, Carlos A. Cuidarse para no morir cuidando. Rev Cubana Enfermer [online]. 2007; vol.23, (1): 1
64. Ángel G, López F, Restrepo D. La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico. Investigación en enfermería. 2013; vol. 15 (2): 12 – 15
65. Maza M, Zavala M, Merino J. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Ciencia y Enfermería. 2009, vol.15, (1): 2

## ANEXO N° 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Institución:** Universidad Señor De Sipàn

**Investigadores:** Cubas Herrera Araceli, Vásquez Burga Eufemia

**Título:** Proceso de Adaptación del Familiar Cuidador del Paciente Quemado Hospital Regional Docente Las Mercedes – 2016.

**Propósito del Estudio:** Estamos invitando (a usted) a participar en un estudio llamado:

Proceso de Adaptación del Familiar Cuidador del Paciente Quemado Hospital Regional Docente Las Mercedes – 2016.

**Procedimientos:** Para la recolección de la información se realizará por medio de una entrevista que será grabada por las investigadoras, asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de las investigadoras y de su asesor, quienes garantizarán el secreto y respeto a mi privacidad.

**Riesgos:** No se tendrá riesgos ya que cada participante en el estudio tendrá un seudónimo que lo identifique.

**Beneficios:** Para un mayor conocimiento e información sobre el tema.

**Confidencialidad:** Le podemos garantizar que la información que (usted brinde) es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto los investigador(es), Cubas Herrera Araceli, Vásquez Burga Eufemia, quienes manejarán la información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

**Derechos del paciente:** Si usted decide (participar) en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con los investigadores, al teléfono, 978157491, 968810342. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede

contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Señor de Sipán, teléfono 074- 481610 anexo 6203.

**CONSENTIMIENTO:** Acepto voluntariamente a participar en este estudio, comprendo que cosas le pueden pasar si participa en el proyecto, también entiendo el que puede decidir no participar aunque yo haya aceptado y que puede retirarse del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

---

Participante, Padre o apoderado

---

Fecha

Nombre:

DNI:

---

Testigo

---

Fecha

Nombre:

DNI:

---

Investigador (a)

---

Fecha

Nombre:

DNI:

---

Investigador (a)

---

Fecha

Nombre:

DNI:





## ANEXO N° 2

### ENTREVISTA



OBJETIVO. La presente entrevista tiene por finalidad, Analizar, describir y comprender el proceso de adaptación del familiar cuidador en paciente quemado.

#### I. Datos generales

- 1.1. Seudónimo del familiar cuidador.
- 1.2. Género del familiar cuidador:
- 1.3. Edad del familiar cuidador:
- 1.4. Grado de escolaridad del familiar cuidador:
- 1.5. Estado civil del familiar cuidador:
- 1.6. Parentesco con la persona que cuida.

#### II. Preguntas:

- 2.1. ¿Hace que tiempo y cuantas horas se dedica cuidando a su familiar?
- 2.2. Al inicio, al cuidar su paciente como ha sido su experiencia.
- 2.3. En el transcurso que ha cuidado a su paciente como se ha sentido físicamente y anímicamente.
- 2.4. En estos momentos como se siente ante el cuidado.
- 2.5. Durante el cuidado de su paciente tiene ayuda de la familia.
- 2.6. ¿Qué opina del ambiente hospitalario? ¿Cómo le trata el personal de salud?
- 2.7. ¿Qué experiencias de cuidado hospitalario ha tenido anterior mente?