

PROCESO DE ADAPTACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE QUEMADO

ADAPTATION PROCESS OF BURIED PATIENT CAREGIVER FAMILY

Autoras:

Araceli Cubas Herrera

Eufemia Vásquez Burga

Norma del Carmen Gálvez Díaz

Institución

Universidad Señor de Sipán-Chiclayo

País

Perú

Forma de contacto (Email)

hecubasar@crece.uss.edu.pe

libra_eu_20@hotmail.com

ncarmengd@crece.uss.edu.pe

RESUMEN

La adaptación es el proceso y resultado por los que la persona tiene la capacidad de pensar y de sentir frente experiencias de salud-enfermedad. **Objetivos:** describir y comprender el proceso de adaptación del familiar cuidador del paciente quemado en un hospital de Ministerio de Salud de Chiclayo en Perú.

Métodos: cualitativa con abordaje de estudio de caso, los sujetos de estudio fueron 8 familiares cuidadores del paciente quemado seleccionados por la técnica de saturación y redundancia. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad validado por juicio de cuatro expertos. El estudio estuvo tutelado bajo los criterios de rigor científico y principios éticos de Belmont.

Resultados mostrados en categorías científicas son: texto y contexto del familiar cuidador; modos de adaptación. **Conclusión:** la familia es

considerada como eje fundamental para afrontar el proceso de adaptación del cuidador familiar. En todo momento se tuvieron en consideración los principios éticos y criterios de rigor científico.

Palabras clave: Proceso de adaptación, Cuidadores familiares, paciente quemado

ABSTRACT

The adjustment is the process and proved as that the person has the aptitude to think and to feel forehead experiences of health - disease. **Aims:** to describe and to understand the process of adjustment of the familiar keeper of the patient burned in a hospital of Department of Health of Chiclayo in Peru. **Methods:** qualitative with boarding study of case, the subjects of study were 8 familiar keepers of the burnt patient selected by the technology of saturation and redundancy. For the compilation of information the interview semistructured to depth was in use validated by judgment of four experts. The study was tutelado under the criteria of scientific rigor and Belmont's ethical beginning. **Results** showed in scientific categories are: text and context of the familiar keeper; manners of adjustment. **Conclusion:** the family is considered to be a fundamental axis to confront the process of adjustment of the familiar keeper. At all time there were had in consideration the ethical beginning and criteria of scientific rigor.

Key words: Process of adjustment, familiar Keepers, burnt patient.

1. Introducción

El significado de ser persona hospitalizada involucra muchas situaciones personales, familiares, contextuales que van acompañados de sentimientos de temor, ira, cólera, tristeza, sufrimiento entre otros. No cabe duda que en ese escenario la familia se constituye en un pilar que ayuda en el proceso de afrontamiento, adaptación y recuperación de las diferentes experiencias de salud. En ese sentido el proceso de adaptación a una situación de salud esperada o inesperada debe ser tenido en cuenta al momento de organizar, ejecutar y gestionar los cuidados de enfermería desde una perspectiva pandimensional.

Cuando en la vida se sufre un accidente como una quemadura especial esta no solamente causa daño al cuerpo como entidad biológica, sino que trae consigo un daño en aspectos subjetivos como la autoestima, daño en el proyecto de vida que marca la vida de la persona y del familiar cuidador o familiar principal. El cuidador que en la mayoría de los casos es el familiar quien está dispuesto a brindar cuidado oportuno; sin embargo el sistema de salud en general casi nunca se ha detenido a pensar y quien cuida al familiar cuidador de este grupo de pacientes, cómo es su proceso de afrontamiento a esta situación inesperada, cómo es el proceso de adaptación de este grupo de cuidadores que “padecen” tan igual que los pacientes quemados hospitalizados.

En el Hospital Regional de Lambayeque en Perú existe el servicio de Cirugía Especialidades Quemados, donde las estadísticas 2017 evidencian que el número de pacientes hospitalizados ha ido incrementándose progresivamente, mostrando empíricamente que el familiar cuidador al cuidar involucra un enorme esfuerzo, provocando un incremento en su carga personal y familiar, situación que de no producirse un adecuado acompañamiento en la adaptación esta nueva situación en sus vidas puede traer consiguientemente repercusiones físicas, mentales, sociales y económicas, generando cambios en su salud, y su bienestar(1).

En el Perú, los hospitales del Ministerio de Salud, pertenecen al sector público y cuentan con recursos económicos limitados para el equipamiento y contratación de personal. El tipo de pacientes que acuden a atenderse son personas de escasos recursos económicos que cuentan con el seguro integral de salud que otorga el estado peruano a este sector de la población. Los pacientes quemados de la realidad observada han sufrido quemaduras de II° y III° mayormente con superficie corporal más del 40% y se ve afectado su autoimagen personal y sufren dolor, por ello el acompañamiento del familiar cuidador cobra relevancia. Las investigadoras consideran que los familiares cuidadores, son personas dadoras de cuidados y receptoras de cuidados, por ello deben ser valorados y considerados en los planes de cuidados de la enfermería y en las políticas de salud del Perú.

Es particularmente relevante investigar desde un enfoque naturalista el proceso de adaptación de este grupo de familiares, quien además de tener limitaciones económicas debe adaptarse a esta situación que marca la vida del sujeto de cuidado y del cuidador. El objetivo fue caracterizar, analizar y discutir el proceso de adaptación del familiar cuidador de un paciente quemado.

2. Métodos

El estudio fue guiado por el paradigma cualitativo, enfoque Estudio de Caso (2), porque se dirigió a investigar a profundidad el caso donde los participantes juegan un rol fundamental, permitiendo conocer a profundidad el caso, mismo que estuvo referido al proceso de adaptación del familiar cuidador del paciente quemado. Los sujetos participantes fueron 8 familiares cuidadores, cuyos pacientes se encontraban hospitalizados en el Servicio de Cirugía Especialidades Quemados-Lambayeque en Perú. Se incluyeron a familiares que cuidan de forma permanente con más de tres días; excluyéndose a los que reciben una remuneración, menores de edad, y los que se negaron a participar en el mismo. La muestra quedó delimitada por la técnica de saturación y redundancia.

Para la recolección de datos, se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada, este instrumento fue sometido al juicio de tres expertos en enfermería quienes orientaron las preguntas en base al mayor conocimiento del objeto en cuestión donde la experiencia laboral de más de 20 años en el cuidado de estos pacientes fue importante para replantear las interrogantes y develar el objeto en cuestión. Se aplicó una prueba piloto a tres cuidadores con características semejantes a la muestra que luego no participaron de la investigación, esto para no repetir la entrevista. El aporte de ellos estuvo en el sentido de reorientar las preguntas a un lenguaje más sencillo, esto porque el nivel de instrucción de los participantes fue bajo. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de una hora la misma y se realizaron en un ambiente tranquilo destinado para tal fin, el tono de la voz del entrevistador fue cuidado en todo momento, siempre tratando de dar la máxima seguridad al familiar.

Al finalizar cada entrevista se procedió a degrabarla, dando oportunidad para identificar algún vacío en el mensaje de cada familiar cuidador entrevistado, así se regresó en todos los casos a aclarar el mensaje vertido por los participantes.

Para el procesamiento de la información se utilizó el Análisis de Contenido Temático(2), se transcribió todas las grabaciones de las entrevistas, prestando atención tanto al contenido de la conversación como el tono de voz y las inflexiones. Con ayuda del Microsoft Office Word 2010, por consiguiente, se realizó la codificación la cual consistió en realizar una transformación de los datos originales a los datos útiles, luego dichas transcripciones fueron analizadas una a una por las investigadoras, quienes identificaron y clasificaron la información en categorías y sub categorías.

Finalmente, con ayuda de la bibliografía, se procedió a analizar y contrastar los hallazgos encontrados (3,4). Se tuvieron en cuenta a los principios éticos, se aplicaron estrategias para asegurar la beneficencia, justicia, y autonomía. En cuanto a los criterios de científicidad: Credibilidad, transferibilidad, dependencia, credibilidad. (5)

Tabla N°1: Caracterización de los familiares cuidadores de un paciente con quemadura-Chiclayo

2017			
Característica		n°	%
Edad	De 18 a 30 años	4	50
	De 31 a 40 años	1	12
	De 41 años a más	3	38
Nivel de estudio	Analfabeta	1	12
	Primaria	4	50
	Secundaria	1	12
	Superior	2	26
Estado civil	Casada	3	38
	Conviviente	3	38
	Separada	1	12
	Viuda	1	12
Procedencia	Costa	3	38
	Sierra	3	38

	Selva	2	26
Relación familiar	Primera línea	5	62
	Segunda línea	2	26
	Tercera línea	1	12
Ingreso mensual	Menos de 350 soles	3	38
	350 a 750 soles	3	38
	Mayor de 750 soles	0	0
	no trabaja	2	26
Tipo de quemadura	Primer grado	1	12
	Segundo grado	4	50
	Tercer grado	3	38

Fuente: Elaboración propia

3. Resultados y Discusión

Texto y contexto del familiar cuidador

Las respuestas ineficaces son las que no consiguen los objetivos de adaptación, la persona recibe estímulo tanto del ambiente como de sí misma, por ello el nivel de adaptación se ve determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales, de esta manera se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno (6). Ante una situación inesperada como una quemadura, vuelve a reafirmarse al igual que en otras investigaciones la necesidad del apoyo del contexto familiar no solo para quien lo padece sino a quien cuida a la persona quemada. En este escenario el familiar cuidador del paciente quemado se ha convertido en parte del tratamiento físico y del acompañamiento que se necesita para afrontar difícil situación en la vida. Donde la presencia física del cuidador no solo se valora en sí misma, sino en la seguridad y apoyo moral que esta trasmite.

Vivir por un periodo de tiempo prolongado esta situación, representa para el cuidador-familiar fuente de estrés, por tanto, es importante valorar esta situación de vulnerabilidad. La enfermedad genera una alteración en la dinámica familiar, ruptura en su sistema, pérdida del equilibrio (7).

El familiar cuidador comúnmente experimenta situaciones que le hacen vivir momentos de mucha preocupación produciéndole cambios: conductuales y emocionales, incluso llegando a posponer los compromisos que tiene como ser social en su rol de padre, madre, hermano u otros, siendo importante estar preparados para los cambios de roles permanentes y para manejar cierto grado de incertidumbre. De esta manera el cuidado en el ámbito hospitalario se relaciona con una serie de situaciones a las que el cuidador debe de adaptarse, inclusive después del alta. El Ministerio de Salud del Perú, debe poner énfasis en el cuidado domiciliario en este grupo de pacientes, dado que los cuidadores requieren de estrategias para hacer frente a las adversidades del entorno.

En el contexto; el medio físico como infraestructura y adecuado mobiliario son valorados por los familiares cuidadores porque les asigna un lugar físico para protegerse del frío, siendo un espacio para también refugiarse de sus temores y miedos. Del Nord (8) 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, porque influye en la respuesta a su tratamiento, en este caso a la adaptación del familiar cuidador y aminorar sus ansiedades y preocupaciones, especialmente en aquellos casos donde los pacientes y sus familiares estén atravesando momentos difíciles.

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, más aun cuando se ve el rostro o cuerpo desfigurado de un ser amado, producto de una quemadura.

En ese sentido 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(9). Sin embargo, las condiciones de los hospitales del estado pocas veces tienen en cuenta estos detalles que no dejan de notar la ausencia de lo humano del sector salud. Frente a esto la familia, es fuerte y saca

fuerzas y siguen al cuidado de su familiar que lo necesita, pues el enfermo no podrá muchas veces tener la capacidad de realizar las actividades de su vida diaria por sí solo, siendo indispensable que el cuidador este junto a él. Cuando el cuidador es familiar se connota una situación particularmente relevante porque está de por medio sentimiento relacionados al amor profundo, al ser mismo, dado que es la propia sangre, el propio cuerpo que fue vulnerado y hay que sacar fortalezas de donde no existe, la familia es la fuente principal de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia (10).

De modo particular el momento de la hospitalización de un paciente quemado, la inmersión en la vida y la estructura hospitalaria genera un cambio profundo en la representación de los roles habituales del familiar cuidador. Esta respuesta se origina por la necesidad de adaptación a un medio que habitualmente genera temor. Miedo a lo desconocido, en cuanto a lo incierto, por otro lado, a las barreras de comunicación que levanta la infraestructura del hospital y la inmersión en un nuevo status social: "el de familiar cuidador" (11). No cabe duda que 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, cambios en la rutina diaria que generan pérdida de privacidad y de libertad, la falta de tiempo, el cansancio y el no disponer de un espacio para el ocio, son los principales inconvenientes (12).

El contexto particular de los familiares cuidadores pertenece a una institución del estado con escasos recursos económicos donde se atienden personas de baja condición social; por lo que el aspecto económico, es un problema al momento de solventar los gastos extras que se van generando durante el cuidado, ya que el seguro integral de salud (SIS) no cubre todo el tratamiento.

El factor monetario con el que se cubren necesidades, limita la recuperación o la hace lenta, porque se requiere de tratamientos específicos como cirugías, escarectomía, injertos, para cubrir gastos tienen que ingeniarse de muchas maneras para conseguir dinero suficiente. 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 y una reestructuración de la dinámica familiar. El papel de los familiares cuidadores adquiere toda su relevancia en la medida que satisfacen las necesidades del enfermo y de ellos mismos en un contexto con limitaciones marcadas.

Modos de adaptación

Desde que el familiar cuidador comienza las tareas del cuidado, experimenta distintas situaciones que pueden dividirse en distintas fases (13): En un primer momento, es común que el familiar cuidador no asuma adecuadamente la dimensión del estado del familiar y de las tareas que tiene por delante, a esta fase inicial le acompañan sentimientos de enfado y frustración, provocados por no poseer un control de la situación y por la incertidumbre que provoca la nueva etapa de la enfermedad que comienza.

En un segundo momento, tras comenzar los cuidados y volverse cotidianos y repetitivos, toma una conciencia real de cuáles son las dificultades que afronta el familiar y él mismo, y de las exigencias que va a traer consigo el adoptar el rol de familiar cuidador, esto permite que se comiencen a adoptar estrategias de afrontamiento personal, de planificación del tiempo, habilidades de procedimiento, recordar experiencias de cuidado de algún familiar; se hará con la intención de cuidar al familiar de la mejor manera posible, aún en esta fase los sentimientos difíciles siguen presentes; siendo este momento muy importante en la valoración de la enfermera pues se puede evitar sentimientos de frustración u agotamiento del cuidador-familiar.

Un tercer momento es la fase donde se encuentran muchos familiares cuidadores, donde la cotidianidad de los cuidados (13), consigue un notable grado de control de la situación ante la enfermedad, ello implica que con el transcurrir del tiempo se han adquirido destrezas, experiencias pasadas que ayudarán para cuidar adecuadamente al familiar, sin embargo, esta fase no supone un contexto de brindar cuidados exitosos, puesto que la carga que experimenta el familiar cuidador es elevada y frecuentemente supone un desgaste gradual de su estado de salud mental, psicológico y muchas veces

también físico. Los familiares cuidadores con su inexperiencia, y poco conocimiento en cuidados experimentan situaciones que hacen vivir momentos de mucha preocupación, asumiendo con mucha responsabilidad con la finalidad que la persona quemada se sienta contenta, esto se ve reflejado en los siguientes discursos que a continuación se evidencian.

El Sistema de Salud en el Perú generalmente prioriza la atención a la persona que es afectada directamente desde el punto de vista biológico; sin embargo al analizar esta situación se requiere fortalecimiento de una política de salud pública que incluya al familiar-cuidador. 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 familiares cuidadores, dejan notar que no cuentan con el apoyo de sus demás familiares recayendo casi siempre la responsabilidad en ellos mismos; lo cual es fundamental para cobrar fortaleza y seguir adelante; en ese sentido el apoyo familiar es esencial para la adaptación a la enfermedad de su paciente-familiar. Quero(11), sostiene que el ámbito hospitalario es hostil para el familiar cuidador; es necesario establecer un nuevo marco relacional entre los profesionales y los cuidadores y reconocer su presencia y actividad dentro de la institución sanitaria. Es importante mencionar que el equilibrio emocional del familiar cuidador de una persona con quemaduras es esencial para mantener la dinámica de la familia como un sistema que está pendiente de la vida de quien sufrió quemadura; por ello los grupos de apoyo al familiar cuidador se tornan escenarios para que compartan sus experiencias vividas, emociones sentimientos de esta nueva situación, permitiéndoles sentir soporte y protección. En estos casos la interdependencia del familiar cuidador se ha visto afectada porque no tiene buenas relaciones con los demás integrantes de su familia, asumiendo solo el rol de cuidador a su paciente quemado y con todos los gastos que se generen durante su estancia hospitalaria. Respecto a la adaptación fisiológica (14) los familiares cuidadores, muestran cambios en una de las necesidades básicas como la alimentación.

Esto según Barrón y Alvarado (14), lo caracterizaron como parte del 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 baja de peso, el cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir y dolores articulares. Por lo que se deduce que existe fisiológicamente hay un “desgaste físico” que repercute de manera negativa en el estado de salud del cuidador-familiar. 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”(15, 16). El familiar cuidador de una persona quemada ve afectado su estado emocional, principalmente se refleja la tristeza que si el personal de salud en general y en el caso de la enfermería en particular puede condicionar el comportamiento del cuidador-familiar limitando el afrontamiento eficaz.

En general, el afrontamiento del familiar-cuidador puede ser positivo o negativo. En este caso la mayoría de los cuidadores-familiares 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(4).

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 (17). Es por ello que el familiar cuidador al pasar por este suceso se aferra Dios, teniendo fe en Dios, tengan la religión que

tengan, de allí que desde la formación de la futura enfermera se debe poner énfasis en el cuidado pandimensional del ser humano de esta forma ya en el ejercicio de la profesión la enfermera debe fortalecer también el cuidado de la dimensión espiritual.

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, 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 (18). La esperanza, se considera una virtud teologal infundida por Dios, 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. La fe en un “todo poderoso” puede dar energías al espíritu humano para sobreponerse a los obstáculos, muchas veces se aferran a Dios para obtener fuerza, para seguir adelante como se demuestra en los siguientes discursos.

La educación que pueda brindar 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(19). En ese sentido las enfermeras la educación de la enfermera va orientada a temas esenciales como son: cambio de pañal, alimentación, cambio de posición, evitar infecciones y la sensibilización de lo que estos cuidados simples implican en la vida de la persona quemada.

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, por ello la enfermera educa al familiar cuidador y logra que ellos cumplan con los cuidados al paciente sintiendo satisfacción como educadora. Considerando los cambios por los que pasa la familia como sistema de cuidado a la persona con problemas graves de salud es preciso destacar que la afección emocional del mismo paciente y del familiar

cuidador debe ser siempre valorado por el sistema de salud en general y por la enfermera en particular y constituirse en el eje articulador institucional.



Fig. 1 Esquema conceptual del proceso de adaptación del familiar cuidador de un paciente quemado, 2017

4. Conclusión

La adaptación del familiar cuidador del paciente quemado en un hospital del Ministerio de Salud peruano, se desarrolla en un contexto adverso, dado que la infraestructura, mobiliario poco o nada favorecen en mejorar el cansancio físico, emocional; al mismo tiempo el familiar cuidador siente preocupación en el aspecto económico que representa el proceso adaptación y sobrevivencia de su paciente. Se evidencia alteración de tres modos; el fisiológico porque altera la necesidad de alimentación produciendo disminución de peso, agotamiento; en el estado emocional; existe tristeza por la situación actual de él y su paciente y afectación de la interdependencia, porque se vive malas relaciones con sus familiares; es decir no cuentan con apoyo en el cuidado y el aspecto económico. En el proceso de adaptación surgen modos para hacerle frente; el primero es poco adverso, porque hay frustración y enfado; con el paso del tiempo aparecen mecanismos y va desarrollando estrategias de organización y acomodamiento y por último la cotidianidad de los cuidados brinda seguridad al familiar; sin

embargo ellos consideran no es exitosos, y existe fragilidad emocional, donde las fuentes de apoyo son la familia, la fe y esperanza en Dios.

5. Referencias bibliográficas

1. 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
2. Salamanca A. La investigación cualitativa en las ciencias de la salud. Revista Nure Investigación. 2006; 24: 2.
3. 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.
4. 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
5. Polit, Denise F. Investigación científica en ciencias de la salud: Principios y Métodos. México, D.F. Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000.
6. Marriner R. Modelos y Teorías de Enfermería. 6ta ed. Madrid: Elsevier Mosby.2007
7. Cabarit S. Afecciones psicosomáticas en cuidadores de familiares enfermos. Intersecciones Psl. 2014; vol 1: 3
8. Del Nord Romano. Human Centered approach to hospital design. En: (consulta: 10-11-1998). Cedrés S. humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. Facultad de Medicina. 2013; vol.23
9. 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.
10. Quero A, Briones R, Prieto A. et al. Los cuidadores familiares en el Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación. Index Enferm. 2005; vol.14 (48-49): 2 – 5

11. Potter P. Fundamentos de Enfermería. Ediciones Harcourt. 5ta. Ed. Madrid - España. 2009.
12. Adriaen experiencias del familiar cuidador de una persona que sufre esquizofrenia. Tesis licenciatura. Lambayeque, Perú: Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo; 2012. 49 pp
13. 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.
14. Baron y Alvarado Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. México 2011. Disponible en <http://www.antesdepartir.org.mx/lecturas/Desgaste-del-cuidador.pdf>
15. Arianzen 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>
16. Villalba Cots I. Romero R. Las creencias religiosas condicionan el afrontamiento de la enfermedad y muerte de un familiar. Dialnet. 2012; vol. 9, N°39
17. Gutiérrez M. Adaptación y cuidado en el ser humano: Una Visión de Enfermería. Manual Moderno: Colombia. 2007.
18. 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
19. Maza M, Zavala M, Merino J. Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Ciencia y Enfermería. 2009, vol.15, (1): 2