



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

**Incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados en un Hospital Infantil.**

**AUTORAS:**

**Egas Veintimilla, Camila Fernanda**

**Silva Barroso, Fabia Emilia**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TUTORA:**

**Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia Mgs**

**Guayaquil, Ecuador**

**18 de febrero del 2026**



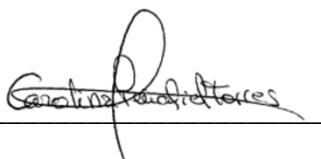
UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

### **CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Egas Veintimilla, Camila Fernanda; Silva Barroso, Fabia Emilia**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**

**TUTOR (A)**

f. 

**Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia Mgs**

**DIRECTOR (A) DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Psic.Cl. Mariana Estacio, Mgs**

**Guayaquil, a los 18 días del mes de febrero del año 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Egas Veintimilla, Camila Fernanda**  
**Silva Barroso, Fabia Emilia**

### DECLARO/DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados en un hospital infantil** previo a la obtención del título de **Licenciadas en Psicología Clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi/ nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 18 días del mes de febrero del año 2026**

### AUTORAS

f. CamilaEgasV.  
**Egas Veintimilla, Camila Fernanda**

f. FabiaBarroso  
**Silva Barroso, Fabia Emilia**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Egas Veintimilla, Camila Fernanda**

**Silva Barroso, Fabia Emilia**

Autorizo/Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados en un hospital infantil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi/nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 18 días del mes de febrero del año 2026**

**LAS AUTORAS:**

f. CamilaEgasV.  
**Egas Veintimilla, Camila Fernanda**

f. Fabia  
**Silva Barroso, Fabia Emilia**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## INFORME DE ANÁLISIS COMPILATIO



**TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:** Incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados en un hospital infantil.

**LAS AUTORAS:** Egas Veintimilla, Camila Fernanda; Silva Barroso, Fabia Emilia

**INFORME ELABORADO POR:**

f.

**Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia Mgs**

**Guayaquil, a los 18 días del mes de febrero del año 2026**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por darme la vocación del servicio y el corazón para llegar a las demás personas.

Agradezco a mi mamá que siempre ha creído en mí incondicionalmente desde el primer día que llegué al mundo y desde entonces ha sido mi motor para ser valiente en la vida.

Agradezco a mis abuelitos, quienes fueron siempre una fuente de apoyo y amor infinito.

Me agradezco a mí misma por siempre seguir adelante, por ser valiente para alzar la voz y no dejar que los obstáculos me impidan cumplir mis metas.

Agradezco a Carolina por haber confiado desde el primer momento en Camila y en mí para hacer este trabajo y confiar en que podemos marcar una diferencia.

Agradezco a Camila por ser mi compañera en este camino, por confiar mutuamente en nuestros conocimientos y alentarnos de principio a fin, no imagino haber hecho este proyecto con nadie más

Fabia Silva

Agradezco a Dios por darme la fortaleza necesaria para culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres, mi pilar fundamental. Gracias por creer en mí y en mi vocación. Su apoyo incondicional hacia mi carrera ha sido el motor que me permitió llegar hasta aquí. A mis hermanos, Emilio y Martín, por su compañía constante y por alentarme siempre a seguir adelante.

A mi primo Rubén, gracias por darme la valentía necesaria para no rendirme, sé que me acompañas siempre y este logro te lo dedico a ti.

A mi pareja, por ser mi refugio y mi paz en los días de mayor estrés. Gracias por tu paciencia, por escucharme y por caminar a mi lado recordándome siempre de lo que soy capaz.

A mi familia entera: abuelos, tíos y primos. Gracias por alentarme siempre a perseguir mis sueños y por celebrar cada una de mis metas como propias.

En el ámbito académico, mi más profundo agradecimiento a nuestra tutora, Carolina. Gracias por confiar desde el primer momento en nosotras, en nuestro conocimiento y capacidad como futuras profesionales.

Finalmente, a Fabia, mi compañera de tesis. Hicimos un equipo increíble, por el esfuerzo compartido y por hacer de este proceso una experiencia no solo de aprendizaje mutuo sino también de complicidad, risas en medio del caos, que hicieron este camino mucho más ligero.

Camila Egas



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**DEDICATORIA**

Para Dios, mi mamá, mis abuelitos, mis tías, mis primas, mi perro y todas las personas que amo.

Para mis profesores, quienes han sido fuente de inspiración durante mi carrera.

Para mí tutora de prácticas del hospital y todos mis compañeros.

Para los pacientes y sus padres quienes inspiraron este proyecto.

Para mis futuros pacientes.

Para mi.

Fabia Silva

Para los cuidadores de niños quemados hospitalizados, gracias por inspirarnos a desarrollar este trabajo y a esforzarnos por ser mejores profesionales y seres humanos. Admiramos su valentía, su amor incondicional y su motivación constante por seguir adelante. Su fortaleza nos ha inspirado a trabajar con mayor compromiso y sensibilidad cada día.

Camila Egas y Fabia Silva

A mis padres, por su fe inquebrantable.

A mis hermanos y mi pareja, por su amor constante.

A toda mi familia, por alentarme a cumplir mis metas.



A Akira, mi compañerita de todos los días.

A mis profesores, quienes me han guiado durante mi carrera.

A mis futuros pacientes.

A mis amigos y compañeros.

Y a Rubén, mi ángel.

Camila Egas



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**(NOMBRES Y APELLIDOS)**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**(NOMBRES Y APELLIDOS)**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**(NOMBRES Y APELLIDOS)**  
OPONENTE

## ÍNDICE GENERAL

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
Planteamiento del problema.....	3
Preguntas de investigación.....	5
<i>Pregunta general.....</i>	<i>5</i>
<i>Preguntas específicas.....</i>	<i>5</i>
Objetivos de investigación .....	5
<i>Objetivo general.....</i>	<i>5</i>
<i>Objetivos específicos .....</i>	<i>5</i>
Justificación.....	6
Limitaciones.....	7
Descripción de capítulos .....	8
<b>ANTECEDENTES .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1: Cuidadores de niños quemados .....</b>	<b>16</b>
Epidemiología y Contexto de la Lesión por Quemadura en la Infancia .....	16
<i>Incidencia de quemaduras en niños menores a seis años.....</i>	<i>16</i>
<i>Etiología y tipos de quemaduras más frecuentes en este grupo etario.....</i>	<i>18</i>
<i>Proceso de hospitalización y tratamiento del niño quemado .....</i>	<i>21</i>
Concepto del cuidador principal y su contexto.....	22
<i>Definición y rol del cuidador en el contexto hospitalario .....</i>	<i>22</i>
Carga del cuidado asociado al proceso de hospitalización .....	24
<i>Contexto legal: Adversidades como representante legal de un menor.....</i>	<i>25</i>
<i>Contexto familiar: Dinámica familiar y el impacto inicial.....</i>	<i>26</i>
Cambios en los roles y en el grupo familiar.....	27
<i>Afectación del contexto social: la rutina diaria y el estilo de vida del cuidador.....</i>	<i>28</i>
Apoyo social y familiar percibido por el cuidador.....	29
<b>CAPÍTULO 2: Afectación emocional de los cuidadores .....</b>	<b>31</b>
Reacciones Emocionales Comunes ante el Trauma Infantil y la Hospitalización .	32
<i>Manifestaciones de estrés agudo y postraumático en cuidadores.....</i>	<i>33</i>
<i>Sentimientos de culpa, impotencia y miedo.....</i>	<i>34</i>
<i>Ansiedad, depresión y trastornos del sueño.....</i>	<i>36</i>
Ansiedad durante el proceso de hospitalización por quemaduras.....	36
Depresión como una secuencia del estrés crónico del cuidado.....	37
Trastornos del sueño asociados al rol del cuidador.....	38
Mecanismos de Afrontamiento y Resiliencia en Cuidadores .....	38
<i>Estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción.....</i>	<i>38</i>
<i>Factores protectores: Autoeficacia y apoyo percibido.....</i>	<i>40</i>
<i>La resiliencia y el crecimiento postraumático.....</i>	<i>41</i>
Explicación de las alteraciones cognitivas y emocionales desde el Enfoque Cognitivo-Conductual (TCC) .....	41
<i>Marco teórico de la Terapia Cognitivo Conductual.....</i>	<i>42</i>
<i>El modelo ABC de la TCC aplicado a la situación del cuidador.....</i>	<i>46</i>
Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos.....	48
Conductas de afrontamiento (adaptativas y desadaptativas).....	49
<i>Conceptos centrales de ACT:.....</i>	<i>51</i>
Evitación experiencial, orientación con los valores y defusión cognitiva. ....	52
La rumiación y la lucha interna en el contexto de la quemadura.....	55
La importancia de la flexibilidad psicológica en el afrontamiento.....	56

<b>CAPÍTULO 3: Repercusiones del juicio social en los cuidadores .....</b>	<b>57</b>
Conceptualización del Juicio Social y el Estigma en la Lesión por Quemadura ...	58
<i>Definición de juicio social y el estigma (interno y externo).</i> .....	58
<i>Fuentes del juicio social (personal de salud, familiares, entorno social).</i> .....	60
<i>El estigma asociado a las quemaduras</i> .....	62
Incidencia del Juicio Social en la Esfera Cognitiva, emotiva y fisiológica del Cuidador.....	63
<i>El cuidador como "responsable": Profundización de las distorsiones cognitivas.</i> .....	63
<i>Influencia del juicio social en la esfera emocional: la autoimagen y la autoestima y su relación con la intensificación de la culpa, la preocupación y la tristeza.</i>	65
<i>Respuestas fisiológicas de ansiedad social: la Somatización ante la anticipación del juicio.</i> .....	68
Impacto del Juicio Social en las Estrategias de Afrontamiento e Implicaciones para la Intervención Psicológica .....	70
<i>Conductas de evitación social y aislamiento: Sobreprotección del niño como mecanismo de defensa contra el juicio.</i> .....	70
<i>La culpa y La vergüenza: una visión desde la ACT.</i> .....	72
<i>Intervenciones basadas en la exposición y aceptación (desde ACT).</i> .....	74
<i>Fomento de redes de apoyo y grupos de pares.</i> .....	76
<b>CAPÍTULO 4: Metodología .....</b>	<b>78</b>
Enfoque .....	78
Paradigma.....	78
Método .....	79
Técnicas de recolección de información .....	79
Instrumentos .....	80
Población.....	80
Operativización de variables .....	80
<b>CAPÍTULO 5: Presentación y análisis de resultados .....</b>	<b>87</b>
Presentación de datos cuantitativos.....	87
Presentación de datos cualitativos.....	99
Análisis de datos .....	105
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>116</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>129</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> .....	<b>87</b>
<b>Figura 2</b> .....	<b>88</b>
<b>Figura 3</b> .....	<b>88</b>
<b>Figura 4</b> .....	<b>89</b>
<b>Figura 5</b> .....	<b>89</b>
<b>Figura 6</b> .....	<b>90</b>
<b>Figura 7</b> .....	<b>90</b>
<b>Figura 8</b> .....	<b>91</b>
<b>Figura 9</b> .....	<b>92</b>
<b>Figura 10</b> .....	<b>92</b>
<b>Figura 11</b> .....	<b>93</b>
<b>Figura 12</b> .....	<b>93</b>
<b>Figura 13</b> .....	<b>94</b>
<b>Figura 14</b> .....	<b>95</b>
<b>Figura 15</b> .....	<b>95</b>
<b>Figura 16</b> .....	<b>96</b>
<b>Figura 17</b> .....	<b>96</b>
<b>Figura 18</b> .....	<b>97</b>
<b>Figura 19</b> .....	<b>98</b>
<b>Figura 20</b> .....	<b>98</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.....</b>	<b>47</b>
<b>Tabla 2.....</b>	<b>64</b>
<b>Tabla 3.....</b>	<b>81</b>
<b>Tabla 4.....</b>	<b>99</b>
<b>Tabla 5.....</b>	<b>102</b>

## RESUMEN

El presente estudio analiza la incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados hospitalizados en un hospital infantil. Desde un enfoque cualitativo, se exploraron las vivencias emocionales de los cuidadores durante el proceso de hospitalización, identificándose emociones predominantes de culpa, miedo, angustia, tristeza y preocupación, intensificadas por el estigma social asociado a las secuelas de las quemaduras. El estudio se sustenta en el enfoque cognitivo conductual, integrando aportes de la segunda generación desde la Terapia Racional Emotiva Conductual, y desde lo contextual en la tercera generación con la Terapia de Aceptación y Compromiso y modelo ABC, que permitió comprender la relación: pensamientos, emociones y conductas. Los resultados de encuestas y grupos focales evidencian la necesidad de intervenciones psicológicas que contemplen al cuidador como parte del proceso terapéutico. A partir de la integración entre teoría, investigación y práctica clínica hospitalaria, se recomienda implementación de terapia grupal como estrategia que favorezca el apoyo mutuo, la validación emocional y el fortalecimiento del trabajo terapéutico.

***Palabras clave:*** *Cuidadores; Quemaduras Pediátricas; Distorsiones Cognitivas; Estado Emocional; Juicio Social; Salud Mental*

## **ABSTRACT**

This study analyzes the incidence of social judgment on the emotional status of caregivers of burned children hospitalized in a pediatric hospital. Through a qualitative approach, the research explores caregivers' emotional experiences during the hospitalization process, highlighting feelings of guilt, anxiety, fear, sadness, and the social stigma associated with burn injuries. The findings reveal that caregivers often experience emotional overload and perceive a lack of psychological support within the hospital setting. The integration of theoretical frameworks, empirical findings, and clinical practice underscores the need for interventions that address caregivers' emotional needs in highly vulnerable pediatric hospital care environments. Based on the results, group therapy is recommended as an effective therapeutic strategy, as it fosters emotional containment, shared vulnerability, and mutual support among caregivers. Group interventions may enhance coping strategies, reduce feelings of isolation, and strengthen emotional well-being, contributing to a more comprehensive and effective therapeutic approach within pediatric hospital care.

***Keywords: Caregivers; Pediatric Burns; Cognitive Distortions; Emotional State; Social Judgment; Mental Health***



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación analiza la incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados en un hospital infantil. El abordaje de este tema surge de la necesidad de comprender y analizar los múltiples factores psicológicos y emocionales que afectan a los cuidadores de pacientes pediátricos que atraviesan una situación crítica y traumática como una quemadura. A través de la observación de la práctica pre-profesional se evidenció que los cuidadores a menudo experimentan sentimientos de culpa, angustia, vergüenza y temor al juicio de los otros, tanto en el ámbito hospitalario, abarcando, médicos, psicólogos y trabajadores sociales como en la comunidad, tratándose de familia, amigos y conocidos del sector donde residen.

Este trabajo está enmarcado dentro del dominio institucional llamado “Salud, Educación y Bienestar Integral” de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, siglas UCSG, considerando que contribuye a la promoción de la salud mental en contextos de crisis y al desarrollo de programas que fomenten el bienestar integral de las familias. Además, está relacionado con el Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 de la Secretaría Nacional de Planificación, centrándose en el eje social, que busca fortalecer la atención integral de la salud mental y mejorar la atención a nivel público para grupos vulnerables. Con referencia a los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), este trabajo se vincula directamente con el ODS 3: Salud y Bienestar y el ODS 10: Reducción de Desigualdades, enfocándose en la salud emocional y el apoyo psicosocial a familias vulnerables que se han visto afectadas por situaciones médicas críticas.

“Comprender la experiencia emocional de los cuidadores es un paso indispensable para garantizar una atención hospitalaria verdaderamente integral” (Santos et al., 2024, p. 14).

La relevancia de este estudio proviene de la necesidad de visibilizar las repercusiones psicosociales y emocionales de los cuidadores de pacientes pediátricos quemados, quienes muchas veces pasan a segundo plano mientras la atención a nivel global (incluyendo psicología) se centra únicamente en el niño. Al analizar y entender sus experiencias y emociones, se busca contribuir al diseño de nuevas estrategias

terapéuticas grupales y redes de apoyo que fortalezcan su bienestar integral, que va ligado a mejorar además el proceso de recuperación de los niños. “La mayoría de los padres se sienten desatendidos durante la hospitalización experimentan trauma y angustia frente a los procedimientos médicos” (Wickens et al., 2024)

“Las emociones predominantes en los padres fueron tristeza (80%), preocupación (62,5%), miedo (57,5%) y angustia (45%)” (Atuncar, 2021).

A nivel metodológico, esta investigación adopta un enfoque cualitativo y un método fenomenológico, con el objetivo de comprender a nivel global las vivencias de los cuidadores desde su propia perspectiva. Se utilizarán encuestas y grupos focales para obtener información más profunda y significativa sobre sus emociones. La población participante está conformada por cuidadores de niños de hasta seis años hospitalizados por quemaduras en un hospital infantil.

El presente trabajo se desglosará en cinco capítulos: el primero abordará a los cuidadores de niños quemados, luego abordaremos la afectación emocional, seguido de la teoría cognitivo-conductual y contextual, la metodología y el análisis y resultados de las encuestas y grupos focales realizados a los cuidadores de niños quemados en un hospital infantil. Este trabajo aporta una investigación y perspectiva desde un lugar poco abordado en el mundo hospitalario: el cuidador de un paciente pediátricos. Para la psicología clínica este trabajo es importante, ya que visibilizar al cuidador como sujeto de intervención psicológica, desviando el foco del paciente hacia su entorno. De la misma forma integra el abordaje del estado emocional y el juicio social y propone una intervención de terapia grupal basada en la Terapia de Aceptación y Compromiso.

### **Planteamiento del problema**

A nivel mundial, las quemaduras infantiles son una de las principales causas de morbilidad en la primera infancia. A menudo en el trabajo hospitalario recibimos niños ingresados por quemaduras: agua caliente, aceite, altas tensión entre muchas situaciones que ponen al niño en riesgo. La mayoría de los casos ocurren dentro de la casa, generalmente bajo el cuidado de un familiar directo, lo que desencadena un sentimiento de responsabilidad y culpa. A nivel médico y social se tiene a calificar las quemaduras infantiles como negligencia, descuido o falta de supervisión, sin

considerar otros factores que pueden propiciar que esto suceda: situación socioeconómica, el acceso desigual a la educación preventiva y la falta de capacidad para prevenir accidentes domésticos. Este sentimiento de culpabiliza uno social también se observa también en países latinoamericanos, donde los familiares extendidos y los vecinos son quienes pueden reforzar este juicio social de dos maneras: la explícita, ¿Cómo es posible que se te quemó el niño? O de manera implícita, miradas, comentarios e incluso alejarse del familiar del niño.

Tomando en cuenta a Acosta et al. (2022) y Delgado et al. (2022), en Ecuador se evidencia que la mayor incidencia de quemaduras pediátricas ocurre en niños menores a cinco años especialmente en contextos domésticos. A pesar, de que estos estudios ofrecen una mirada epistemológica necesaria, también generan un foco dirigido a la supervisión parental de estos niños como el principal factor de riesgo, reforzando el juicio social hacia los cuidadores.

A nivel institucional, los hospitales pediátricos en Ecuador cuentan con unidades de quemados competentes a nivel médico, aunque tienen limitaciones en cuanto a recursos de atención psicológica destinada a los cuidadores. El personal de salud usa todos sus recursos en brindarle estabilidad física y proceso de recuperación del niño, dejando a un lado el estado emocional de quien lo acompaña durante este proceso.

En Sudamérica, investigaciones como las de Atuncar (2021) y Jaramillo (2023) demuestran que los cuidadores generalmente experimentan pensamientos intensos de angustia, preocupación y tristeza durante la hospitalización del niño. La vida hospitalaria para estos cuidadores no solo implica pasar por el proceso de ver a un hijo sufrir, sino además deben enfrentar el juicio y presión social, las indicaciones médicas, la vida que tienen más allá del hospital y la sensación constante de ser juzgados por lo ocurrido.

Los cuidadores de niños quemados atraviesan una realidad psicológica compleja. Las observaciones clínicas y análisis de Wickens et al. (2024) y Santos et al. (2024), han revelado que los cuidadores experimentan muchas emociones al mismo tiempo: culpa, miedo, vergüenza, preocupación constante, además de estar hiperalerta, irritables y tener insomnio todos los días. Estas emociones no solo influyen en su

bienestar personal, además afectan su capacidad para brindar apoyo emocional al niño y tomar decisiones claras sobre el tratamiento médico del niño.

A pesar de la gravedad del impacto emocional del juicio social en los cuidadores, no hay investigaciones en Ecuador que exploren este fenómeno a profundidad, ni modelos avanzados que brinden un apoyo emocional a esta necesidad social específica.

## **Preguntas de investigación**

### ***Pregunta general***

➤ ¿De qué manera incide el juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados ingresados en un hospital infantil?

### ***Preguntas específicas***

1. ¿Cómo se ve afectada la dinámica familiar tras el ingreso de un niño quemado al hospital?
2. ¿Cómo se manifiesta la afectación emocional de los cuidadores de niños quemados?
3. ¿De qué manera el juicio social influye en los pensamientos, emociones y estrategias de afrontamiento de los cuidadores de niños quemados?

## **Objetivos de investigación**

### ***Objetivo general***

Analizar la incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados ingresados en un hospital infantil, con el fin de aportar información relevante que permita orientar futuras intervenciones psicológicas de apoyo.

### ***Objetivos específicos***

1. Describir los cambios en la dinámica familiar tras el ingreso del niño quemado al hospital.
2. Analizar la afectación emocional de los cuidadores de niños quemados desde el enfoque contextual, tomando como base la Terapia de Aceptación y Compromiso y desde lo cognitivo-conductual con la Terapia Racional Emotiva Conductual.

3. Examinar cómo el juicio social influye en los pensamientos, emociones y estrategias de afrontamiento de los cuidadores de niños quemados.

### **Justificación**

Esta investigación es necesaria debido a la escasez de estudios en Ecuador que aborden el impacto en el estado emocional en cuidadores de niños hospitalizados por quemaduras. Aunque existen investigaciones centradas en los pacientes pediátricos, la experiencia emocional de los cuidadores —quienes atraviesan angustia, miedo, culpa y estrés— ha sido poco explorada. Comprender su vivencia permite aportar evidencia científica que respalde la creación de programas de acompañamiento psicológico estructurados y sostenibles dentro de los hospitales infantiles.

A nivel mundial, las quemaduras infantiles son una de las principales causas de morbilidad en la primera infancia. A menudo en el trabajo hospitalario recibimos niños ingresados por quemaduras: agua caliente, aceite, altas tensión entre muchas situaciones que ponen al niño en riesgo. La mayoría de los casos ocurren dentro de la casa, generalmente bajo el cuidado de un familiar directo, lo que desencadena un sentimiento de responsabilidad y culpa. A nivel médico y social se tiene a calificar las quemaduras infantiles como negligencia, descuido o falta de supervisión, sin considerar otros factores que pueden propiciar que esto suceda: situación socioeconómica, el acceso desigual a la educación preventiva y la falta de capacidad para prevenir accidentes domésticos. Este sentimiento de culpa en lo social también se observa en países latinoamericanos, donde los familiares extendidos y los vecinos son quienes pueden reforzar este juicio social de dos maneras: la explícita, “¿Cómo es posible que se te quemó el niño?” O de manera implícita, miradas, comentarios e incluso alejarse del familiar del niño.

Tomando en cuenta a Acosta et al. (2022) y Delgado et al. (2022), en Ecuador se evidencia que la mayor incidencia de quemaduras pediátricas ocurre en niños menores a cinco años especialmente en contextos domésticos. A pesar, de que estos estudios ofrecen una mirada epistemológica necesaria, también generan un foco dirigido a la supervisión parental de estos niños como el principal factor de riesgo, reforzando el juicio social hacia los cuidadores.

A nivel institucional, los hospitales pediátricos en Ecuador cuentan con unidades de quemados competentes a nivel médico, aunque tienen limitaciones en cuanto a recursos de atención psicológica destinada a los cuidadores. El personal de salud usa todos sus recursos en brindarle estabilidad física y proceso de recuperación del niño, dejando a un lado el estado emocional de quien lo acompaña durante este proceso.

En Sudamérica, investigaciones como las de Atuncar (2021) y Jaramillo (2023) demuestran que los cuidadores generalmente experimentan pensamientos intensos de angustia, preocupación y tristeza durante la hospitalización del niño. La vida hospitalaria para estos cuidadores no solo implica pasar por el proceso de ver a un hijo sufrir, sino además deben enfrentar el juicio y presión social, las indicaciones médicas, la vida que tienen más allá del hospital y la sensación constante de ser juzgados por lo ocurrido

Desde la perspectiva teoría y a nivel profesional, la presente investigación busca fundamentar la aplicación de estrategias terapéuticas basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que promueve la flexibilidad psicológica y la aceptación de las emociones. De esta manera se busca que los cuidadores atraviesen este proceso sin la dolorosa autocrítica ni evasión de sus emociones, reconociendo lo que sienten y reforzando sus valores para utilizarlos como eje de afrontamiento.

A nivel social, este estudio visibiliza el juicio social que enfrentan los cuidadores, lo que les genera culpa, vergüenza y fomenta la estigmatización. Muchos familiares relatan que se sienten juzgados a nivel hospitalario y en sus comunidades, lo que causa que oculten sus intensos sentimientos y no busquen apoyo.

### **Limitaciones**

Las limitaciones que presenta la investigación son las dificultades que pueden existir para acceder a la población debido a las restricciones hospitalarias que existen, además de la carga emocional que las encuestas y grupos focales pueden significar para los cuidadores, lo que aumenta la falta de disposición de su parte. Además, la investigación se ve limitada por ser realizada únicamente en un hospital infantil, lo que puede silenciar una muestra reducida de población. No obstante, se garantiza que se

cumplan los principios éticos de confidencialidad, consentimiento y respeto a la integridad emocional de los cuidadores.

### **Descripción de capítulos**

El primer capítulo está centrado en describir el contexto de los cuidadores de niños quemados, partiendo de la epistemología de las quemaduras infantiles, causas más comunes y el proceso de hospitalización. Además, se aborda el rol del cuidador principal dentro del contexto hospitalario, la carga tanto emocional como legal que implica este rol y responsabilidad, los cambios en la dinámica familiar y las nuevas rutinas y estilo de vida luego del ingreso del niño al hospital.

El segundo capítulo explica la afectación emocional de los cuidadores frente a lo sucedido y a la hospitalización, desarrollando las reacciones emocionales más frecuentes como el miedo, culpa, angustia, ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Además, se analizan los mecanismos de afrontamiento y resiliencia desde el enfoque cognitivo-conductual integrando el modelo ABC y aportes desde la segunda generación con la Terapia Racional Emotiva Conductual y en la tercera generación desde lo contextual con la Terapia de Aceptación y Compromiso para comprender la relación entre pensamientos, emociones y conductas.

El tercer capítulo abarca las repercusiones del juicio social en los cuidadores, conceptualizando el estigma y las fuentes del juicio social, entre ellas personal de salud, familiares y el entorno social. Se profundiza en la incidencia del juicio social en el ámbito cognitivo, emocional y fisiológico del cuidador. Además, se plantean implicaciones para la intervención psicológica, incluyendo estrategias basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso, junto con la ampliación y el fortalecimiento de las redes de apoyo que tienen los cuidadores.

El cuarto capítulo presenta la metodología de la investigación, describiendo el enfoque, las técnicas e instrumentos de recolección de información y la población participante de la investigación. Finalmente, el quinto capítulo exploramos el análisis y resultados obtenidos, integrándolos con el marco teórico para comprender cómo el juicio social incide en los cuidadores de niños quemados en un hospital infantil.

## ANTECEDENTES

Se realizó una búsqueda de investigaciones a nivel nacional e internacional con relación a la repercusión emocional en cuidadores de niños hospitalizados por quemaduras. Sin embargo, son escasos los estudios en relación al tema, ya que en su mayoría están enfocados en los niños, más no, en sus familiares o cuidadores. Principalmente en Ecuador, se ha dejado en segundo plano el análisis del impacto emocional de los cuidadores, siendo un país donde cada año se registran numerosos pacientes pediátricos que requieren hospitalización y cuidados intensivos en la unidad de quemados. Por ende, dentro de los estudios nacionales, contamos con estudios relevantes basados en la incidencia de quemaduras, características clínicas y el tratamiento.

Acosta et al. llevaron a cabo un estudio en el año 2022 titulado Incidencia de quemaduras en el hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, en el periodo del 2014 al 2020, en la ciudad de Guayaquil. Fue de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y diseño retrospectivo. Donde afirmaron que las quemaduras infantiles son en efecto una de las lesiones más importantes en el hogar, tomando en cuenta su frecuencia e impacto físico, psicológico, social y familiar. Su objetivo principal fue determinar la incidencia de las quemaduras en los pacientes ingresados en el hospital, por lo que, se tomó en cuenta los registros de pacientes entre 0 a 17 años ingresados con superficie corporal quemada mayor del 10% en áreas críticas, en el periodo del 2014 y 2020. En total fueron 1.838 pacientes, según lo observado, las quemaduras en la infancia se presentaron con incidencia de 1,58%, en su mayoría la causa fue relacionada a la falta de una adecuada supervisión de un adulto. Además, se destaca que el mayor porcentaje de frecuencia fue en menores de 5 años, con un 57%.

Torres & Saraguro en el año 2023, realizaron la investigación: Caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes con quemaduras ingresados en el Hospital General Isidro Ayora de Loja. Donde establecen que las personas que sufren quemaduras graves quedan con serias secuelas, no solo a nivel físico, también deteriora el bienestar emocional y la calidad de vida del paciente. En muchos casos, se requiere de tratamientos a largo plazo y pueden ir acompañados de cargos socioeconómicos tanto para el paciente como para sus familiares. Lo que hace evidente que representa una problemática para la salud de la población en todas las edades. Desde un enfoque



cuantitativo, llevaron a cabo la investigación donde la población fue conformada por 127 pacientes ingresados a la unidad de quemados durante el periodo enero 2021 a diciembre 2022. Se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje son niños menores a 12 años, de sexo masculino, de hogares procedente de áreas urbanas y el accidente tomo lugar en la casa.

En el año 2022, Delgado et al. publicaron el estudio Tratamiento de niños gran quemados: Experiencia de 6 años en Guayaquil, Ecuador. En el cual, se basaron en los pacientes de la unidad de quemados del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde en el periodo de enero del 2014 a enero del 2020, para llevar a cabo una investigación cuantitativa. Su objetivo principal fue recopilar y detallar la evolución de los pacientes con más del 30% de superficie corporal, niños entre 0 y 17 años. Comentan que a pesar de los avances que hay en la actualidad en el área médica respecto al tratamiento de las heridas y lesiones, también hay consecuencias sistémicas, psicológicas y sociales. Dentro de los resultados, obtuvieron que el grupo más afectado fue de 1 a 5 años con un porcentaje del 55,5%. Además, la estancia hospitalaria promedio fue de 43,6 días en un rango de 2 a 126 días.

Tomando en cuenta estas tres investigaciones, es evidente que el grupo etario con mayor riesgo son niños pequeños entre la primera y segunda infancia. Según Acosta et al. y Delgado et al. son principalmente niños menores a 5 años, con un porcentaje mayor al 55%. Torres & Saraguro, mencionan que la población masculina e infantil es la más vulnerable al estar más expuesta a escenarios de riesgo, cabe destacar que durante la primera infancia existe una percepción limitada del riesgo, los niños exploran su entorno sin identificar objetos calientes como peligrosos. Acosta et al. y Delgado et al. afirman que el mayor porcentaje de de lesiones ocurrieron en el hogar, dentro del estudio del hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, afirman que en la gran mayoría de casos se identificó que la causa estaba relacionada con la falta de una supervisión adecuada de un adulto. Adicionalmente, en los tres estudios mencionan el hecho de que las quemaduras infantiles conllevan secuelas a nivel psicológico, social y emocional, tanto para el paciente como para sus familiares o cuidadores. Sin embargo, no lo abordan a profundidad. Aunque los tres estudios se enfoquen en 3 variables diferentes, Acosta et al. en la incidencia de las quemaduras, Torres & Saraguro en la caracterización epidemiológica y clínica, y Delgado et al. en

el tratamiento, coinciden en la vulnerabilidad de la población infantil y el impacto psicológico y social que conllevan.

Continuamos con las investigaciones sudamericanas, entre las cuales se enfocan en los cuidadores y en la prevención de quemaduras infantiles:

En el año 2021, Atuncar llevó a cabo un estudio titulado Impacto emocional de los padres frente a la hospitalización del niño quemado en la unidad de cuidados intensivos de un instituto pediátrico de Lima, 2021. La investigación fue de enfoque cuantitativo, basada en la población de 30 padres de niños quemados menores de 5 años hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. Surge a partir de observar que los padres de familia demuestran sentimientos inesperados durante la hospitalización de sus hijos, aquello despierta en ellos emociones tanto positivas como negativas. Por lo que, su objetivo principal fue determinar el impacto emocional de los padres frente a su hospitalización en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Como resultado se obtuvo que las emociones que predominan en los padres son: un 80% tristeza, 62,5% preocupación, 57,5% miedo y 45% angustia. Concluyendo que hay un impacto emocional significativo en los padres.

En Chile, en el año 2020, Aldunate et al. realizaron la investigación Conocimiento de padres y/o cuidadores de niños(as) sobre primeros auxilios en quemaduras: Una revisión bibliográfica. Los autores establecen que en el país hay aproximadamente 80.000 niños con quemaduras, debido a la vulnerabilidad de los menores de 6 años, accidentes protagonizados en su domicilio, lo cual provocó secuelas físicas, psicológicas y económicas en el núcleo familiar y sociedad. Su objetivo principal fue determinar el conocimiento sobre primeros auxilios en quemaduras que poseen los padres y/o cuidadores de niños(as) menores de 6 años. Evidenciaron que hay un bajo conocimiento en primeros auxilios y del manejo de quemaduras, lo que impacta en el pronóstico y tratamiento. Adicional, destacan que los niños menores de 6 años son los más vulnerables, y el accidente generalmente ocurre bajo supervisión de un adulto en la cocina, por una escasa monitorización visual del niño mientras el adulto realiza tareas de la casa.

El estudio Quemaduras en pediatría: estrategia para fortalecer la promoción de la salud de niños y adolescentes en el hogar, fue realizado por Jaramillo en el año 2022

y publicado en el 2023, en Colombia. Llevó a cabo una revisión bibliográfica y posteriormente el desarrollo de un estudio exploratorio. Su objetivo principal fue implementar una estrategia educativa de promoción de la salud en pediatría para prevenir quemaduras en el hogar, lo aplicó en los servicios del Hospital infantil San Vicente Fundación de Medellín. Su investigación se enfocó en pacientes que han consultado por quemaduras en el hospital durante el periodo del 2016 y 2020, con un total de 2290 pacientes de 0-14 años. Como resultado obtuvo que el grupo más vulnerable es de la primera infancia y en su mayoría de sexo masculino. Adicionalmente, en la ejecución de la estrategia educativa con los cuidadores, se realizaron 3 encuentros en los cuales se obtuvo una participación considerable. En su estudio exploratorio les dio voz a los acompañantes del niño, permitiéndoles hablar desde su experiencia, donde se reflejó que todos hubieran querido saber cómo prevenir la situación.

En los resultados de los estudios sudamericanos antes mencionados se resalta la vulnerabilidad de niños menores a 6 años y la importancia del rol de padre y/o cuidador. Sin embargo, se aborda la problemática desde distintas perspectivas: Atuncar se enfoca en el impacto emocional de los cuidadores tras la hospitalización del niño quemado, Adlunate et al. en el conocimiento de primeros auxilios de parte de los cuidadores y finalmente, Jaramillo en la prevención. Atuncar. destaca que las emociones que predominan en los cuidadores son tristeza, preocupación, miedo y angustia, ante la hospitalización del niño en cuidados intensivos debido a una quemadura. Lo que demuestra un impacto emocional significativo en los acompañantes del niño. Por otro lado, basándonos en los resultados obtenidos por Aldunate et al. y Jaramillo se interpreta que son escasos o nulos los programas de prevención y primeros auxilios en casos de quemaduras para los cuidadores. En el estudio exploratorio de Jaramillo, se demuestra que los cuidadores están dispuestos a participar en programas de promoción de la salud, por el bien de los niños y sus familias.

Finalmente, se indagó a nivel internacional y se encontraron 3 estudios de alto interés:

Wickens et al. (2024) en “It’s a big trauma for the family”: A qualitative insight into the psychological trauma of paediatric burns from the perspective of mothers («Es

un gran trauma para la familia»: una visión cualitativa del trauma psicológico de las quemaduras pediátricas desde la perspectiva de las madres), establecieron como objetivo principal explorar el trauma de las quemaduras pediátricas en la familia desde la perspectiva del cuidador. Como población escogieron a cuidadores de niños entre 4 y 17 años que habían sido hospitalizados por quemadura aguda no intencionada en Australia Occidental. Participaron 11 madres en las entrevistas, donde se identificaron resultados negativos a nivel psicológico y psicosocial tanto en las madres como en sus hijos. A partir de las entrevistas se centraron en 3 temas: la dificultad de salud mental en el niño y cuidador (el trauma médico y la culpa del cuidador), cambios en el estilo de vida y físico, y factores que facilitan o dificultan el proceso de recuperación (estrategias de afrontamiento, redes de apoyo y dinámica familiar). Como resultados obtuvieron que la mayoría de los padres se sienten desatendidos durante la hospitalización, y hay un impacto traumático y angustioso ante los procedimientos médicos. También destacaron la importancia de evaluar tempranamente a los padres e incluirlos en los planes de atención terapéutica para mejorar su adaptación y proporcionar estrategias vitales para la atención posterior al alta.

La investigación de Santos et al. (2024) *Perceptions and Experiences of Parents of Burn-Injured Children during Hospital Stay: A Need for Integrated Care* (Percepciones y experiencias de los padres de niños con quemaduras durante la estancia hospitalaria: la necesidad de una atención integrada), se llevó a cabo en un hospital en la región norte de Portugal. Fue una investigación de enfoque cualitativo. Su objetivo principal era comprender y describir la experiencia y perspectiva de los padres durante el periodo de hospitalización de sus hijos. Fueron en total 46 padres quienes participaron y respondieron preguntas abiertas. Las quemaduras pediátricas desencadenan factores estresantes que afectan a los niños y sus familias. Se pudo identificar que los padres se sintieron agobiados y angustiados durante todo el periodo de hospitalización. Por lo que, se concluye que se debe comprender y abordar las necesidades sanitarias de los padres, junto a sus dificultades de atención psicosocial para así, prestar una atención integral efectiva.

Schei et al. (2025) en *Parental experiences, coping and the impact of Family Burn Camp after paediatric burn injury: A qualitative study* (Experiencias de los padres, afrontamiento y repercusión del campamento Family Burn Camp tras una

lesión pediátrica por quemadura: un estudio cualitativo), afirman que las quemaduras pediátricas marcan la vida de los padres de manera profunda. En Noruega existe el Family Burn Camp (Campamento Familiar para Quemados), el cual es un campamento para niños con quemaduras y sus familias, donde ofrecen un espacio de apoyo. En este se realizó una investigación cualitativa, con el objetivo de explorar las experiencias de los padres, sus mecanismos de afrontamiento y el impacto tras las lesiones por quemaduras de sus hijos. Participaron 15 padres, y se obtuvo como resultado que los padres suelen experimentar un colapso mental tras el tratamiento de las lesiones de sus hijos, afectando su capacidad para trabajar. Dentro de las estrategias de afrontamiento se basaron en fortalecer nuevamente la autoestima del niño, y el campamento familiar se consideró “más valioso que mil sesiones de terapia”. Esto demostró que durante y después de la recuperación del niño, existe una necesidad de apoyo psicológico y económico, y el campamento ha llegado a ser crucial para la rehabilitación de las familias.

Las tres investigaciones son de enfoque cualitativo, por ende, se basan en las experiencias y percepciones de los cuidadores de niños con quemaduras pediátricas. Reconocen que hay un impacto significativo a nivel emocional, psicosocial y económico en los niños y sus familias. Por lo cual, destacan repetidamente la necesidad de brindar un apoyo estructurado a la familia, al verse enfrentados a altos niveles de estrés, angustia y trauma psicológico. De esta manera, se podría lograr una mejor adaptación y recuperación, además, se debe tomar en cuenta que los padres son un pilar importante en el mejoramiento del niño. Wickens et al. y Santos et al. se enfocan principalmente en la etapa de hospitalización, mientras que, Schei et al. en los mecanismos de afrontamiento y rehabilitación posterior a la hospitalización. En los tres estudios concluyen la importancia de una atención integral continua (desde el ingreso al hospital y posterior al tratamiento), que ayude al niño y sus cuidadores a adaptarse y afrontar de una manera efectiva las repercusiones físicas, emocionales y sociales derivadas de la lesión.

Tras analizar la información de cada investigación, primeramente, obtenemos que la población más vulnerable son los niños de la primera infancia, quienes requieren supervisión adulta constante debido a su limitada percepción de riesgo. La mayor parte de los accidentes ocurrieron en el hogar, y ante esto, se presenta un sentimiento de

culpa en los cuidadores; sin embargo, los estudios evidencian que podría ser debido a la falta de conocimientos preventivos. Además, los autores destacan que las quemaduras pediátricas traen secuelas significativas a nivel psicológico, social y emocional, en los niños y sus cuidadores. Y enfatizan el papel fundamental de estrategias de afrontamiento y una atención continua, que incluya prevención, educación en torno al tratamiento, apoyo emocional, y acompañamiento.

# CAPÍTULO 1

## Cuidadores de niños quemados

### **Epidemiología y Contexto de la Lesión por Quemadura en la Infancia**

Cuando hablamos de quemaduras en la infancia, nos estamos refiriendo a un tipo de lesión que representa uno de los retos más complejos no solo para el sistema de salud en general, sino también para las familias que atraviesan **estos** incidentes. A pesar de los avances en las campañas y concientización de la prevención contra las quemaduras en niños, los ingresos médicos, la atención clínica y la rehabilitación por quemaduras registrados al día de hoy, año 2025, muestran que los niños menores de 6 años siguen siendo uno de los grupos más vulnerables ante estos accidentes. El presente capítulo aborda de forma integral los factores epistemológicos, etiológicos, médicos, familiares y psicosociales que intervienen en la experiencia de un niño ingresado por quemaduras y de su entorno.

En una primera parte se presenta el contexto de epistemológico y epidemiológico de las quemaduras en la infancia, analizando su incidencia global, los mecanismos más frecuentes, factores de riesgo asociados a las quemaduras y el impacto que estos accidentes tienen en países con recursos limitados. Además, se describen y desarrollan los procesos médicos involucrados en la hospitalización y tratamiento, evidenciando el carácter invasivo, prolongado y demandante de la recuperación.

Y en la segunda parte del capítulo se aborda el rol del cuidador principal, que tiene una importante función en el proceso de recuperación del niño. Se analizan la carga del cuidado, lo que implica legalmente que un niño esté hospitalizado por una quemadura, y la reestructuración familiar que ocurre tras la lesión por quemadura. Y todo esto lleva a examinar, además, los cambios en la rutina diaria, la percepción del apoyo y el impacto que este evento tiene en la vida del cuidador.

### ***Incidencia de quemaduras en niños menores a seis años.***

Las quemaduras en la infancia constituyen una de las lesiones traumáticas más frecuentes y desafiantes desde un punto de vista de la salud pública. A pesar de que han existido muchos avances en torno a su prevención y su tratamiento, continúan

siendo una importante causa de mortalidad y discapacidad como daño colateral o comorbilidad alrededor del mundo. “Los niños pequeños (especialmente menores de 5 años) presentan una carga desproporcional de lesiones y mortalidad por quemaduras” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Esto puede deberse a su insaciable curiosidad por explorar el mundo y porque dependen de una supervisión adulta todo el tiempo. A nivel global, basándonos en la documentación del Global Burn Registry de la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizado en el año 2023, se han revelado los siguientes datos: del 100% de niños quemados, los que oscilan entre 1 y 5 años representan el 62% de los ingresos.

Esta perspectiva global no puede investigarse o llevarse de manera aislada y separarse de las desigualdades: cuando son niños de países con recursos bajos, su probabilidad de quemarse aumenta. En una sección del estudio GBR, mencionan que “Children represent a large proportion of people with burn injuries globally and often sustain major injuries that require critical and surgical intervention (Romanowski et al, 2022). Según la OMS de los factores claves en esta vulneración está relacionado con el contexto socioeconómico en el que se desarrolla el paciente pediátrico; el hecho de vivir en sectores con viviendas precarias incrementa la probabilidad de que un niño sufra un accidente relacionado a quemadura. Además de que el contexto puede afectar la supervisión correcta, faltan medidas de seguridad dentro de la casa (protectores térmicos para los utensilios, algo que regule la temperatura del agua, entre otras medidas) y la carente educación sobre accidentes, construyen a que exista un mayor riesgo de que se presenten estos incidentes.

Según un artículo sobre quemaduras pediátricas publicado por Park en el año 2024 “En los países de ingresos bajos y medios, incluidos muchos de América Latina, los sistemas de salud carecen de recursos suficientes para la prevención, tratamiento temprano, y la rehabilitación de quemaduras pediátricas”, la mayoría de los países solo atiende casos de quemaduras graves en hospitales grandes en las ciudades principales, lo que crea un colapso en la capacidad para recibir pacientes y que no exista una distribución pareja de pacientes (Nassar & Al-Hadidi, 2023). Lo que indica que, a pesar de la frecuencia con la que se presentan incidentes por quemaduras, no todos los centros de salud están preparados para tratarlas y por eso existen tantas derivaciones. Esta limitación estructural en los sistemas de salud obstaculiza una atención médica



adecuada, prolonga el tiempo en el que la quemadura no es atendida, lo que puede llegar a agravar las secuelas físicas funcionales y psicológicas. Por otro lado, hay agentes y mecanismos de exposición que tienen una influencia directa en la incidencia y en el pronóstico a largo plazo de las lesiones. Según una revisión bibliográfica, “El ambiente de la casa, donde están ubicados la cocina y el comedor, constituye el 50% de riesgos y problemas psicológicos para quemaduras infantiles por accidente y especialmente con líquidos calientes” (Santos et al., 2024, p.4). Este estudio afirma que las intervenciones deben hacerse desde el hogar para minimizar las probabilidades de un accidente por quemadura.

### ***Etiología y tipos de quemaduras más frecuentes en este grupo etario.***

Entender la etiología de los incidentes por quemaduras en la infancia es imprescindible para desarrollar y poner en práctica intervenciones preventivas y de contención emocional efectivas. La variación de las causas no solo depende de la edad del niño, sino también de su contexto cultural, social y de infraestructura del hogar. En los textos médicos pediátricos se destacan y repiten varios agentes etiológicos determinantes: líquidos calientes, fuego y electricidad, así como el grado de las lesiones que oscila entre las quemaduras superficiales hasta quemaduras de espesor total.

#### **Agentes causales más recurrentes**

Las escaldaduras provocadas por los líquidos calientes constituyen la causa más común de quemaduras en niños menores de 6 años. Como lo describe Nassar & Al-Hadidi en su artículo publicado en el 2023 “La etiología de las quemaduras es bastante atribuida a las escaldaduras” (p.5). Esto en lo etiológico se ha mantenido desde siempre, ya que en estudios antiguos se reiteran las escaldaduras como la mayor causa de quemaduras infantiles, como por ejemplo un estudio realizado por Herdon a 449 pacientes en 1996 y revisado por Etiology and outcome of pediatric burns, concluyó que “Escaldaduras fueron el tipo más común de quemaduras en niños menores de 4 años, las llamas fueron los niños más grandes” (p.2).

Inclusive una investigación sobre patrones de quemaduras en niños reportó que “De 1,215 niños con quemaduras, el 58% (709) tenía escaldaduras, 32% (390) fueron quemaduras por contacto directo”, y en este mismo estudio se evidenció que en

menores de 5 años, el agente más común de quemadura era “una taza o vaso con líquido caliente (55%) y el mecanismo habitual es tirar el recipiente abajo (48%)” (Kemp et al., 2014, pp. 1-2).

Los niños mayores por otro lado, de forma frecuente sufren quemaduras por contacto con las llamas. En una investigación sobre los mecanismos de traumas pediátricos se reporta que “Al menos  $\frac{3}{4}$  de lesiones en niños a partir de los 9 años fueron causadas por una llama” (Moehrlen et al., 2018, p.326). Este cambio etario es relevante para la contextualización de los casos y la creación de programas en base a estos estudios.

#### Tipos de quemaduras según su profundidad

La clasificación de las quemaduras por grados, según el espesor, más allá de ser algo técnico, ayudan a comprender cómo los diferentes agentes causales afectan la piel; Bouche & Induruwage en un artículo del 2023, publicado para StatPearls Publishig sobre quemaduras, califica los grados de las quemaduras de la siguiente manera:

- Primer grado: Se presentan en la piel con enrojecimiento y dolor leve, tolerable, no suelen requerir ingreso hospitalario.
- Segundo grado: Las quemaduras de segundo grado pueden variar entre superficiales o profundas, se presentan como ampollas, el dolor es intenso y conllevan un proceso de curación más lento, que depende de la zona dérmica que ha sido afectada.
- Tercer grado: Las quemaduras de tercer grado implican que la dermis se ha destruido totalmente por completo y por lo general requieren una escisión quirúrgica e injertos de piel por su incapacidad para regenerarse por sí misma.
- Cuarto grado: Las quemaduras de cuarto grado son aquellas que van más allá de la dermis, alcanzan el músculo o los huesos, sin embargo, no son tan comunes en niños pequeños.

#### Etiología específica en el contexto de Ecuador

En Ecuador a través del tiempo, también se han ido estableciendo patrones causales de recurrencia de quemaduras en niños. Un estudio realizado por un hospital

infantil en la ciudad concluyó que, el 47% de las quemaduras pediátricas fueron ocasionadas por fuego, el 23% a quemaduras por electricidad y el 20% a líquidos muy calientes y el 10% específicamente a aceite caliente. Esto evidencia que a pesar de que a nivel mundial las escaldaduras son un causante importante, en contextos locales, las quemaduras por fuego tienen un peso central.

Un estudio realizado por la Unidad Académica de Ciencias Químicas reportó que, en Ecuador los líquidos calientes son causas comunes de quemaduras en niños, acompañadas de fuego, electricidad y químicos. Además, un informe realizado por el área de enfermería agrega que “Las razones concretas, son fluidos calientes, especialmente en niños recién nacidos, también hay casos de electricidad y por el fuego” (Espinoza et al, 2021).

Es imprescindible agregar que un caso clínico público de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, refiere que un niño sufrió quemaduras graves tras una explosión de gasolina, lo que recalca que las quemaduras más comunes por líquidos no solo engloban las más comunes como agua o alimentos.

#### Factores de riesgo

- Edad: Los niños más pequeños, especialmente los menores de 5 años, son más propensos y vulnerables a sufrir escaldaduras por derramar líquidos calientes, tirones o volcar recipientes, por ejemplo, cuando están tomando biberón y lo aflojan, se derrama la leche caliente causando escaldaduras.
- Supervisión: la falta de vigilancia es un factor causal común en las quemaduras; en un estudio realizado en Suiza sobre el Trauma Pediátrico establece que “La mayoría de los casos de escaldaduras fueron por derrame de líquidos calientes por falta de vigilancia de un adulto” (Moehrlen et al, 2018)
- Contexto de vivienda: falta de medidas de seguridad o exposición a riesgos dentro de los hogares como fácil acceso a la cocina, recipientes con líquidos calientes que no tienen protección, falta de rotulación de líquidos combustibles, y el acceso a líquidos calientes en superficies bajas o inestables, aumentan el riesgo de quemaduras por líquidos o por contacto con el fuego.
- Respuesta inflamatoria y metabolización: como se menciona en la primera sección de este capítulo, no todos los agentes causales impactan de la misma

forma: la quemadura por contacto directo con una llama de fuego produce una respuesta inflamatoria inmediata y más intensa, lo que puede afectar el pronóstico del paciente y su proceso de curación. Cada grado de quemadura y agente causal determinan qué tratamiento es necesario, el tiempo de hospitalización de ser necesaria, los cuidados a largo plazo y si van o no a existir secuelas consecuencia de las quemaduras.

### ***Proceso de hospitalización y tratamiento del niño quemado***

La hospitalización por quemaduras conlleva uno de los procesos médicos más complejos, prolongados y emocionalmente desgastantes para el paciente y los cuidadores. La Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018) refiere que “Las quemaduras pediátricas requieren un tratamiento especializado que integra cuidados intensivos, manejo del dolor, intervenciones quirúrgicas y rehabilitación prolongada” (p.4). Y con todo este protocolo los niños quemados enfrentan muchos cambios en un tiempo corto: se someten a medicamentos y procedimientos invasivos, dolor, separación temporal de su entorno y un cambio radical en su rutina de vida.

La hospitalización por quemaduras suele tener una duración mayor a la de otras lesiones, esto se debe a que requiere primero una estabilización, manejo del dolor, la prevención de infecciones manteniendo al paciente en un entorno estéril y con personal médico reducido especializado en el área y el seguimiento de quemaduras profundas. En este proceso también hay intervenciones quirúrgicas 2 veces a la semana: ya que las quemaduras graves deben ser limpiadas y raspadas en un entorno libre de bacterias y que sea estéril, para evitar infecciones. “El tratamiento hospitalario de un niño quemado puede abarcar semanas o meses, dependiendo de la extensión y profundidad de la lesión, así como de la respuesta del paciente al tratamiento inicial” (Herndon, 2017, p.56).

El tratamiento del dolor es un elemento central e indispensable en la hospitalización por quemaduras. Como se menciona en la sección anterior, las curaciones, procedimientos de injertos de piel y desbridamientos están clasificados entre los procedimientos más dolorosos en la clínica pediátrica. En un estudio publicado en *Burns* realizado por Harper en el año 2017, concluyó que “Los

procedimientos de curación de quemaduras generan niveles de dolor que se ubican entre los más altos reportados en pediatría”. Este nivel de dolor tan alto tiene mucho impacto no solo a nivel físico, sino también a nivel psicológico, por lo que esta área está incluida en el equipo de atención multidisciplinaria de quemaduras infantiles.

Hilando esto, es importante incluir que el proceso de hospitalización también constituye aspectos emocionales significativos, por esto, los niños con quemaduras presentan altos niveles de ansiedad, falta de sueño y temor. Según Sherian (2016) “La hospitalización pro-quemaduras irrumpe el sentido de seguridad del niño, provocando reacciones emocionales intensas que deben ser atendidas desde un enfoque multidisciplinario” (p. 213). Sumando a esto los factores que agravan lo emocional, como la separación temporal del hogar, el desconocimiento sobre el tratamiento y las señas corporales visibles

### **Concepto del cuidador principal y su contexto**

Según la Real Academia Española (s.f.) cuidador,ra es “dicho de persona: Que está encargada del cuidado de alguien o algo”. Así mismo, define el contexto como “Entorno físico o de situación, político, histórico, cultural o de cualquier otra índole, en el que se considera un hecho”. En este caso, el cuidador principal de una persona dependiente se caracteriza por ser quien se encarga en su mayoría de los cuidados. Dentro de este concepto, se encuentran los cuidadores “informales”, que vienen a ser aquellos que no disponen de capacitación, ni son remunerados por los cuidados que brindan al otro, “El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos” (Ruiz & Nava, 2012). Por ende, un cuidador principal informal se define como “la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello” (López et. al, 2009). Es importante destacar que dependerá del vínculo que se tiene con el niño, para determinar quien tomará esta función, generalmente son las madres, tías y abuelas (Marquéz & Cantón, 2023). En este punto vamos a referirnos al cuidador en términos generales, ya que esta persona será la única responsable del control de los cuidados de la persona afectada.

### ***Definición y rol del cuidador en el contexto hospitalario***

Al ser la persona afectada un menor de edad es de vital importancia contar con la colaboración del cuidador primario. La hospitalización infantil desde un inicio se considera una experiencia crítica, el impacto y reacción tanto en el paciente como en su entorno cercano se verá influenciado por factores como: “el motivo de ingreso, la duración de la hospitalización, la situación económica de la familia y el apoyo social y familiar disponible” (Marquéz & Cantón, 2023). En el contexto hospitalario, el cuidador principal asume un rol más amplio y crítico, se convierte en el mediador directo entre el niño hospitalizado y el equipo médico. Más allá de brindar un acompañamiento emocional al niño y brindar información relevante del paciente al equipo médico, el cuidador también va a tomar decisiones en torno al tratamiento. Como establecen Delgado & Urroz (2024), entre sus roles primarios tenemos:

- Apoyo emocional: Presencia de personas cercanas como su familia, le proporcionan seguridad al niño, ayudándolo a reducir los niveles de ansiedad, estrés y miedo.
- Comunicación y comprensión: Ayudan al niño a comunicarse y comprender sobre su diagnóstico, tratamiento y todos los procedimientos médicos. Proporcionándoles explicaciones claras y sencillas.
- Continuidad del cuidado: El estar presente en el hospital garantiza un cuidado continuo, brindando información importante sobre el historial médico del paciente, necesidades específicas y preferencias. Logrando así, que el personal médico brinde una atención más personalizada.
- Participación del cuidado: Mantener una participación en el cuidado del niño hospitalizado tiene efectos beneficiosos. Puede participar en la alimentación, la higiene y el confort emocional. Brindándole una sensación de normalidad al niño y fortaleciendo el vínculo.
- Red de apoyo: Es importante contar con una red de apoyo para el niño, más que solo el cuidador, la presencia de familia como hermanos, abuelos u otros parientes pueden visitar al paciente para acompañarlo y así mantenerlo conectado con su entorno social habitual.
- Adhesión al tratamiento: Los padres o en este caso el cuidador principal, debe establecer una comunicación clara y abierta con los profesionales de salud, y así mismo educarse sobre el tratamiento, para garantizar una adecuada adhesión. Debido a que será el cuidador quien tendrá un papel fundamental

para el cuidado posterior del niño, asegurándose que haya una administración adecuada de medicamentos, en este caso también en el cuidado de las heridas, un seguimiento de las recomendaciones y citas médicas, y realizar las pruebas necesarias.

- Participación en la rehabilitación: En el caso de enfermedades o lesiones que requieran rehabilitación, la participación del cuidador y de la familia será esencial para el éxito de su recuperación. Su colaboración con los profesionales de la salud es fundamental para evaluar el progreso y ajusta el plan de tratamiento.

Sin embargo, los autores destacan que “cada familia es única y puede tener diferentes formas de influir en la incidencia, apoyo y recuperación de los pacientes pediátricos” (Delgado & Urroz, 2024). Pero todo cuidador y familia tiene un papel crucial que desempeña en la recuperación del niño hospitalizado. Y he aquí la importancia de tomar en cuenta al cuidador y brindarle una atención integral durante la hospitalización del niño.

### **Carga del cuidado asociado al proceso de hospitalización**

Una vez el niño es hospitalizado, se cede el manejo médico de su recuperación al equipo hospitalario, sin embargo, las situaciones estresantes dentro de la familia persisten. Cuando establecemos la “carga del cuidado” hacemos referencia al conjunto de efectos negativos en el ámbito físico, emocional, social y económico que recaen en el cuidador.

Siendo el ámbito emocional uno de los más afectados desde el primer momento: “La incertidumbre sobre el estado de salud del niño, la falta de control sobre la situación y la percepción de impotencia generan respuestas emocionales intensas, como ansiedad, miedo, frustración y, en algunos casos, depresión.” (Espinoza et. al., 2025). Estas afectaciones emocionales conllevan a un desgaste psicológico progresivo, dificultando no solo su capacidad de afrontamiento, sino también, la toma de decisiones. A medida que la hospitalización se prolonga, el tratamiento presenta nuevas demandas. Por lo cual, es relevante mencionar el impacto directo y significativo que tiene el tiempo que el cuidador pasa con el paciente en el hospital, en

su capacidad para llevar a cabo actividades a nivel personal y profesional (Marquéz & Cantón, 2023).

El estar en el hospital pendiente del niño, con incertidumbre y en un ambiente con ruido, luz e interrupciones, la calidad del sueño se ve comprometida. En muchos casos, los cuidadores tienen el apoyo de familiares con quienes pueden compartir el cuidado del niño, lo cual les da la oportunidad para recuperar el sueño o cumplir con sus actividades laborales. Sin embargo, no es el caso de todos. La falta de sueño provoca un desgaste tanto físico como mental, comprometiendo la información y toma de decisiones (Abreu et al., 2022).

En el caso de niños quemados, suele observarse un escenario caracterizado por angustia, llanto fácil y presencia de ideas catastróficas. Una vez que el tratamiento se orienta a la recuperación, los procedimientos tienden a ser dolorosos e invasivos, procedimientos que son desconocidos para el cuidador y que exponen a dolor físico y emocional del niño, lo que incrementa en gran medida la vulnerabilidad emocional del cuidador y contribuye al aumento de la carga subjetiva del cuidado (Chocontá, 2024).

### ***Contexto legal: Adversidades como representante legal de un menor.***

El ingreso de un menor al hospital implica un proceso complejo, desde lo clínico, legal y administrativo. El representante legal del niño enfrenta adversidades que pueden generar tensión emocional, incertidumbre y una gran responsabilidad. En el caso de Ecuador, se han establecido obligaciones específicas para el cuidador y la institución de salud, establecidos por el marco legal vigente (Código de la Niñez y adolescencia), condicionando la experiencia inicial del ingreso hospitalario del niño.

Desde un inicio, el personal de salud debe descartar posibles casos de negligencia o maltrato infantil. El Código de la Niñez y Adolescencia establece en el Art. 30 las obligaciones de los establecimientos de salud, entre las cuales podemos encontrar: informar a las autoridades y organismos competentes en caso de niños con indicios de maltrato (Asamblea Nacional del Ecuador [AN], 2022). Es por ello, que, al momento del ingreso del menor, el área de psicología y/o trabajo social, deben entrevistar al representante legal y valorar el relato del suceso, y si es coherente con la quemadura. Se realizan preguntas en torno a la supervisión del niño, tiempo del accidente, lugar y acciones previas, lo que puede llegar a generar ansiedad y



preocupación en el cuidador, quien podría sentirse juzgado o culpable. La entrevista es parte fundamental, ya que permite definir la sospecha en caso de maltrato, la duración, gravedad, entre otros (Herráiz et al., 2025). Aquello se puede percibir por el cuidador como una señal de sospecha, puede resultar angustiante, y se puede producir un miedo a ser separado del menor, en caso de que se establezca que existe negligencia o riesgo al niño.

Además, es relevante mencionar el hecho de que como representante legal uno tiene la responsabilidad de tomar decisiones en torno a los procedimientos que se realizarán al paciente. Los niños menores a 12 años no tienen la capacidad intelectual ni emocional para comprender el alcance del acto médico, por ende, “la decisión final será adoptada por sus representantes legales, la cual siempre deberá estar en consonancia tanto con el interés del menor como con el respeto a su dignidad personal” (Casado, s.f., p.23).

Todos estos procedimientos pueden resultar desgastantes para el representante, quien además de enfrentar la incertidumbre en torno a la gravedad del estado de salud del niño, debe responder a sus responsabilidades como representante legal. La percepción de ser evaluado o juzgado puede intensificar los sentimientos de culpa, impotencia y miedo, especialmente si el accidente se dio bajo supervisión directa. Por ende, es importante el acercamiento del equipo médico de manera integral, para brindar un apoyo emocional y directo al cuidador.

### ***Contexto familiar: Dinámica familiar y el impacto inicial.***

Ante la quemadura de un menor de 6 años toda la familia se verá afectada. Desde el momento del accidente, la hospitalización y tras el alta. Cuando el menor vuelve a casa, toda la familia debe adaptarse a la situación, y ver la manera de afrontar estas cicatrices y el requerimiento de tratamientos prolongados. Lucía Del Carmen Quezada (2014), afirma que los autores Castillo y Santander en 1996 establecieron diversas etapas de “ajuste” por las cuales suelen atravesar las familias:

- Primera etapa: ante la confusión y angustia, surgen sentimientos de culpa, ira e impotencia.

- Segunda etapa: surgen conflictos entre los padres, y padres e hijos, e incluso puede llegar a suceder con el hijo recientemente hospitalizado. Esto se suele dar, debido a la sobreprotección hacia el niño quemado.
- Tercera y última etapa: los padres encuentran nuevas formas de relacionarse en la familia y se reorganizan, incorporando el tratamiento del niño, apoyando su reinserción social y avanzando hacia la aceptación. (pp. 50-51)

Así mismo, mencionan que se ha podido observar que en ocasiones se genera un rechazo al niño de parte de los hermanos. Llegan a sentir incomodidad o hasta repulsión ante las heridas provocadas por el accidente. Han reportado malestar social al momento de estar en público con su hermano(a), al ser señalados por terceros.

Como se ha podido ver, la vida diaria y dinámica familiar cambia. Se establecen nuevas reglas en casa, entre ellas la prohibición de bebidas calientes para evitar cualquier inconveniente con el hermano afectado. Esto genera mayor consciencia y cautela en torno al peligro de las quemaduras. Inclusive se ha reportado que, ante la preocupación, presentan alteraciones en el sueño, mayor tristeza y molestia. “Los cambios dentro de la familia atribuibles a la quemadura, son variados. Se han reportado tratos y atención especial hacia el miembro afectado de la familia” (p. 52), donde los hermanos sienten celos ante el trato especial que recibe el niño. Agregando a esto, el hecho de que, ante la ansiedad de los mismos padres, aumentan los conflictos entre los padres e hijos.

### **Cambios en los roles y en el grupo familiar**

El cuidador principal debe asumir sus responsabilidades con los miembros de su familia que están saludables, como también, con el niño en recuperación. Como se ha establecido, se generan condiciones de fragilidad y vulnerabilidad internamente en la familia, es por ello, que es esencial contar con vínculos fuertes para la restauración del equilibrio en casa (Hernández & Solenzal, 2020).

Usualmente es la madre quien adopta el rol de cuidador principal, y ante sus nuevas obligaciones enfrenta una sobrecarga, que impacta directamente en su relación con sus otros hijos y pareja. Alvear (2013) evidencia esta problemática al señalar que “el hijo expresa que desea ver a la madre, ya que como ella relata, son pocas las

instancias que tienen para compartir”. La demanda constante del tratamiento y recuperación del niño, las visitas clínicas, entre otros, limitan el tiempo de la madre para atender las necesidades afectivas y cotidianas con los otros miembros de su familia. Se presenta una falta de tiempo para compartir en pareja, agregando la tensión emocional y la preocupación financiera, podría llegar a generar un distanciamiento.

Ante estos cambios la pareja o hijos/as mayores, pueden llegar a asumir temporalmente las responsabilidades que usualmente gestionaba la madre. Y esta redistribución de roles es necesaria, para sostener el funcionamiento familiar. Sin embargo, no siempre se da de manera equilibrada, lo que trae consigo conflictos, la percepción de que uno asume la carga mayor, etc.

### ***Afectación del contexto social: la rutina diaria y el estilo de vida del cuidador.***

Una vez asumido el rol de cuidador principal suelen posponer su compromiso como ser social en su rol de madre, padre, hermano o amigo (Herrera et al., 2019). Esto debido a que priorizan el cuidado del niño y suelen descuidar aspectos de su propia vida personal. Hemos estado hablando del rol durante la hospitalización y las demandas que conlleva, sin embargo, estás no terminan una vez fuera del hospital. El cuidador debe adaptarse inclusive después del alta. El rol del cuidador de un niño sobreviviente a quemaduras implica una reorganización de su rutina diaria y su estilo de vida.

Una vez dada el alta, la recuperación continúa en casa, y el rol del cuidador se intensifica, por lo cual, el cuidador debe adaptar su rutina diaria según las necesidades del niño. Como se mencionó anteriormente en el punto 2.1. el cuidador es el encargado de la administración adecuada de la medicación, del cuidado de las heridas, y, además, se asegura de que el niño asista a sus citas médica. A esto se suma el apoyo emocional y la vigilancia constante para evitar nuevas lesiones o infecciones, considerando que son niños menores a 6 años y son más vulnerables a accidentes domiciliarios (Aldunate et. al., 2020). Esto demanda tiempo, energía y atención continua, limitando las posibilidades del cuidador de cumplir con sus actividades regulares en el ámbito laboral, académico, social o personal, ya que organiza su día en torno al proceso de recuperación del menor.

Si el cuidador cuenta con una red de apoyo, algún familiar, vecino o amigo, podría ayudar con la vigilancia del niño, el acompañamiento a citas médicas, entre otras funciones. Permitiendo que el cuidador disponga de tiempo para atender sus propias necesidades.

Sin embargo, cuando el cuidador percibe una falta de apoyo, la totalidad del cuidado recaerá sobre él o ella y “por asumir esto, muchas veces de manera incondicional, dejan de lado sus propias necesidades y requerimientos personales, lo que afecta su calidad de vida” (Achury et. Al., 2011). El autocuidado, el cual es: “la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar” (Espinoza & Jofre, 2012), tiende a pasar a un segundo plano priorizando únicamente el cuidado del niño. Esta sobrecarga como cuidador trae consigo un cambio radical en su estilo de vida:

“... aislamiento social, sobrecarga de actividades tanto en casa como fuera de ella, alteración del comportamiento de los familiares que reciben cuidados, la idea de ser “responsables” exclusivos de su familiar, dificultades financieras, abandono de empleo por parte del cuidador, entre otras” (Espinoza & Jofre, 2012).

Al tener menos tiempo libre el cuidador tiende a presentar un conjunto de manifestaciones como estrés, sensación de angustia, sedentarismo, insomnio, entre otros síntomas, que pueden derivar en depresión, sentimientos de culpa, frustración e impotencia frente a las limitaciones que enfrentan en su desarrollo personal. (Guato & Mendoza, 2022).

Por ende, la rutina diaria del cuidador cambia en gran medida y así mismo, se ve afectado su estilo de vida, aquello se refleja en: “la alteración de las dimensiones social y psicológica, puesto que cuidar a un familiar implica un conjunto de ajustes en la vida del cuidador, como la organización del tiempo para cumplir con las responsabilidades personales y de cuidado” (Achury et. Al., 2011).

### **Apoyo social y familiar percibido por el cuidador.**

El apoyo social de familiares, amigos, vecinos o familiares, son significativos para la recuperación del niño quemado, y así mismo, para disminuir la carga del

cuidador. Como se ha venido mencionando, el cuidador no solo forma parte del tratamiento físico, también brinda acompañamiento al niño quemado para afrontar esta situación. Si bien es cierto, el tiempo de la recuperación dependerá de la gravedad de la quemadura, al tratarse de una quemadura que llevó a la hospitalización del niño, el tratamiento será de un tiempo prolongado. Lo cual, representa para el cuidador estrés, y es importante valorar su situación de vulnerabilidad. El equilibrio emocional del cuidador es esencial para mantener la dinámica de la familia, de lo contrario, se genera una fuerte alteración en la dinámica familiar, ruptura en su sistema, pérdida del equilibrio. Es aquí donde se destaca la importancia de grupos de apoyo al cuidador, para que puedan compartir sus experiencias vividas, emociones sentimientos de esta nueva situación, permitiéndoles sentir soporte y protección (Hernández & Solenzal, 2020).

Así mismo, La Dra. Laura Hernández y el Dr. Yurisbled Solenzal (2020) hacen referencia a otros tipos de fuentes de apoyo:

Otra fuente importante de apoyo apuntada en los estudios revisados son los amigos, la comunidad y los profesionales de la salud. La red social, amigos, personas de la comunidad y, hasta mismo los profesionales de la salud son considerados por los familiares como siendo de gran importancia para el paciente en condición crónica, siendo las principales contribuciones de esta fuente de apoyo la proximidad, prestación de cuidado y auxilio financiero. (p. 113)

El cuidador se enfrenta a diversas dificultades no solo a nivel emocional y social, sino también a nivel económico. Contar con una red de apoyo sólida favorecerá el bienestar general del cuidador, optimizando también su capacidad de cuidado al niño. Frente a un apoyo insuficiente, es cuando se presentan los conflictos ya mencionados, estrés, fatiga, dificultades económicas y alteraciones significativas en el ambiente familiar. Es por ello, que se resalta la importancia de que las instituciones de salud brinden una red de apoyo integral al cuidador y al paciente.

## CAPÍTULO 2

### **Afectación emocional de los cuidadores**

La hospitalización de un niño con quemaduras graves no solo representa complejidad a nivel médico, sino que conlleva una experiencia emocional difícil de tramitar para quienes asumen el rol de cuidador principal. Ahora que conocemos el contexto hospitalario y clínico del niño hospitalizado por quemaduras, es indispensable que dediquemos el siguiente capítulo al impacto emocional que esta experiencia tiene en los cuidadores, quienes se ven expuestos diariamente a una carga emocional intensa. La convivencia día a día con el dolor del menor no sabe del futuro del niño, la alteración de la rutina diaria y estar de forma prolongada en un hospital crean un espacio de vulnerabilidad emocional.

En este capítulo se abordan las principales reacciones a nivel emocional que se presentan en los cuidadores de los niños hospitalizados, comprendidas como respuestas esperables frente a un evento traumático, que, por su intensidad y persistencia, pueden interferir en su bienestar emocional a largo plazo. Se analizarán las manifestaciones más frecuentes de estrés tanto agudo como postraumático, además de sentimientos de culpa, impotencia y miedo, emociones que suelen estar vinculadas a la percepción de responsabilidad por el accidente, y la experiencia de poder aliviar el dolor del niño. Estas experiencias emocionales no son aisladas, interactúan con el ambiente y entre sí, generando hipervigilancia, rumiación constante y una sensación permanente de amenaza.

De la misma forma, se va a profundizar la presencia de ansiedad social, sintomatología depresiva y trastorno del sueño, los cuales aparecen como una consciencia del estrés prolongado que está directamente asociado al rol de cuidador principal. La continua exposición a procedimientos quirúrgicos invasivos, la anticipación del dolor del niño y la falta de descanso apropiado, favorecen al desgaste emocional y cognitivo, afectando la capacidad para regular emociones, tomar decisiones, y mantener las relaciones sociales y familiares. Si no se abordan estas manifestaciones, pueden pasar de ser transitorias a permanecer de médano a largo plazo.

## **Reacciones Emocionales Comunes ante el Trauma Infantil y la Hospitalización**

La hospitalización de un niño por un incidente de quemadura conlleva el desencadenamiento de varias reacciones emocionales por parte de sus cuidadores, que simultáneamente enfrentan el trauma del evento, la incertidumbre sobre la condición médica del niño, las demandas del cuidado a corto y largo plazo y la alteración drástica de la rutina de vida. Wickens et al. en su artículo publicado en el 2024 describe estos eventos como “Un trauma enorme para toda la familia”. Las quemaduras pediátricas por sí solas se consideran traumáticas, debido al riesgo vital, la facilidad con la que pueden contraer infecciones y el tiempo prolongado de recuperación.

El cuidador, principalmente, el que permanece con el menor durante su proceso hospitalización, suele desarrollar a menudo reacciones que indican signos de estrés agudo y en muchos síntomas propios estrés postraumático (TEPT). De acuerdo con el artículo de Santos et al. del año 2024, los padres viven en la unidad de quemados de hospitales pediátricos, con “Angustia persistente, miedo al pronóstico e incertidumbre con respecto a la evolución médica” lo que crea las condiciones adecuadas para que se genere una mayor vulnerabilidad emocional.

Lo intenso emocionalmente de esta experiencia, también reside en la percepción de responsabilidad y culpabilidad de los cuidadores, el shock del accidente y la continua exposición al dolor del niño, presenciado en el proceso de curación y hospitalización. “La reacción emocional de los padres ante la hospitalización del niño quemado es severa, multidimensional y prolongada” (Atuncar, 2021). Con esto viéndose afectada su capacidad para regularse emocionalmente, su salud mental y el funcionamiento de la dinámica familiar

Varios estudios han logrado identificar que los cuidadores de niños quemados experimentan altos niveles de ansiedad, depresión, irritabilidad, sentimiento de culpa y preocupación anticipatoria. El artículo publicado por Espinoza et al. en 2025 señalan que “Los padres enfrentan un estrés elevado asociado a la información médica compleja, las decisiones terapéuticas y el temor a las secuelas”. Estas emociones que no sólo van relacionadas a los días posteriores al accidente, sino que están directamente vinculadas a los procesos complejos de hospitalización, los riesgos de infecciones, las secuelas que pueden existir a nivel estético y los procedimientos dolorosos a los que

son sometidos los menores ingresados por quemaduras, y por esto abren paso a la hiperactivación emocional.

Si hay algo en lo que coinciden todos los autores y la experiencia de trabajar en un hospital infantil, es en que los cuidadores frecuentemente presentan alteraciones en su sueño, su alimentación y su funcionalmente social y emocional. Así como lo narra López et al. 2009 “El rol del cuidador antes de manera significativa su rutina, la salud física y el equilibrio emocional”. Siendo estos efectos más marcados cuando el incidente involucra dolor severo y hospitalización prolongada como ocurre en los casos de quemaduras pediátricas.

### ***Manifestaciones de estrés agudo y postraumático en cuidadores.***

Cómo ya se ha abordado anteriormente, la hospitalización de un niño por quemaduras graves con que puede que se desarrollen reacciones psicológicas, intensas en los cuidadores de los niños hospital incluyendo trastorno por estrés postraumático (TEPT). Un estudio realizado por Hall (2006) y aborda que entre “un porcentaje considerable desarrollan síntomas clínicos, compatibles con estrés postraumático luego del accidente”. Esto indica que el trauma paciente, sino que afecta de manera frecuente y continua, el bienestar, tanto físico como emocional de quienes lo cuidan.

Además, es importante agregar que diversos estudios y la práctica clínica han demostrado que varios cuidadores mostraron un cuadro clínico probable de TEPT (American Psychiatric Association [APA], 2013). Generalmente en las semanas inmediatas tras el incidente por quemadura, muchos cuidadores, presentan síntomas que generan una alarma, por ejemplo, la hipervigilancia, la angustia constante y el miedo persistente a un futuro accidente. Estas respuestas emocionales pueden afectar su capacidad de atención, toma de decisiones y acompañamiento, lo que agrava la carga emocional que recae sobre ellos.

Aunque se piensa que las manifestaciones emocionales son algo del momento, la realidad es que suelen mantenerse a mediano y largo plazo. “El trastorno de estrés postraumático se caracteriza por recuerdos intrusivos, alteraciones del sueño, hipervigilancia y conductas de evitación” (APA, 2013). Esto muestra que algunos cuidadores con el paso del tiempo continúan presentando pensamientos o recuerdos traumáticos que afectan directamente sus emociones y su toma de decisiones, ya no



solo hablando del ámbito médico de los niños, sino de lo que sucede luego de que han salido del hospital e intentan retomar su vida cotidiana.

Son distintos factores los que incrementan la vulnerabilidad y crean las condiciones adecuadas para el desarrollo de TEPT en los cuidadores; conlleva la gravedad de las quemaduras, la necesidad de muchas intervenciones médicas, la experiencia dolorosa del niño, el sufrimiento de este dolor observado por los cuidadores, además de las limitaciones que pueden existir para acceder a apoyo. “El tamaño de la lesión y la frecuencia de procedimientos invasivos, predicen niveles más altos de estrés postraumático en los padres” (Hall et al, 2006, p.400).

La trascendencia individual del impacto del trauma en los cuidadores es un punto importante a considerar; puede crear barreras y debilitar las relaciones familiares, el cuidador se aísla y corta la comunicación, prevalencia del sentimiento de culpa o podría reducirse la capacidad para responder emocionalmente a las demandas del niño. “El estrés sostenido del cuidador se asocia con mayor malestar emocional y deterioro en la calidad del cuidado proporcionado” (Leggett et al, 2014) Y como es una telaraña, esto no solo afecta la salud mental del cuidador, sino también la del menor y por consiguiente puede significar un obstáculo en el proceso de curación.

### ***Sentimientos de culpa, impotencia y miedo.***

La experiencia de tener bajo su responsabilidad a un niño hospitalizado por quemaduras conlleva una fuerte disrupción emocional. Se hace presente la combinación de culpa, impotencia y miedo, emociones que se intensifican durante la fase más aguda de la hospitalización, refiriéndonos a esa primera etapa donde hay más dolor en el niño, más incertidumbre y las primeras decisiones médicas claves. Este sentimiento de culpa suele estar relacionado a la percepción de responsabilidad, aunque el accidente no haya podido evitarse ni proveerse. Tal como lo explica Wickens et al. (2024) “Las madres describieron sentimientos persistentes de culpa, incluso cuando reconocían que el accidente no podía haberse evitado” (p.268). Estos pensamientos y sentimientos generan cuestionamientos hacia sí mismos sobre sus capacidades parentales o de cuidado.

La culpa no solo está relacionada al accidente sino también a la impotencia y desesperación de no poder aliviar el dolor del niño. Algunos cuidadores narran que

han fallado emocionalmente por no haber podido proteger a los niños de los procedimientos médicos invasivos como las curaciones en el quirófano o del dolor prolongado. Según Santos et al. en su artículo publicado en 2024 “Los padres manifestaron la sensación de no poder cumplir su rol protector durante la hospitalización” (p. 4). Esta autocrítica aumenta el desgaste psicológico e interfiere en la capacidad de los cuidadores para regular sus emociones.’

Acompañando a la culpa está el sentimiento de impotencia. Estar hospitalizado en un área de quemaduras implica que las decisiones más importantes las tome el equipo médico, lo que puede generar que los cuidadores perciban una pérdida del control sobre el bienestar del niño. De acuerdo con Espinoza et al. (2025) “La impotencia aparece cuando los padres reconocen que dependen totalmente del personal de salud para garantizar la recuperación del menor” (p. 345). La falta de posibilidades para intervenir activamente en el tratamiento genera frustración, mucha tensión medicinal y agudiza la sensación de vulnerabilidad de los cuidadores.

La incertidumbre sobre el curso clínico de cada caso también genera esta impotencia; como se mencionó en el capítulo uno, las quemaduras conllevan riesgos altos de infección, dolor muy intenso en las curaciones, intervenciones constantes en quirófano y pronósticos que pueden cambiar en cuestión de horas según la evolución y la respuesta al tratamiento de cada caso como lo evidencian Delgado et al. (2022) “el estado clínico del niño quemado puede deteriorarse rápidamente, incluso en contextos de manejo especializado” (p. 23).

El miedo, esa emoción que siempre está cuando se trata de un niño lastimado, también es dominante en los cuidadores de niños quemados. No es únicamente miedo al fallecimiento del niño o a una complicación médica grave, es miedo al futuro: secuelas estéticas permanentes, problemas funcionales y el temor a que el niño viva rechazo social por las cicatrices. En el estudio de Wickens et al. (2024) precisamente las madres abordan este miedo “Temor persistente ante la posibilidad de que las cicatrices afecten la vida futura del niño y su bienestar emocional” (p. 270). Y de este miedo anticipado provienen la hipervigilancia y la ansiedad sostenida que prevalecen incluso después del alta hospitalario.

En síntesis, la culpa, la impotencia y el miedo son los tres pilares emocionales que estructuran cómo percibe la experiencia y actúa un cuidador de un niño hospitalizado por una quemadura. Reconocerlas es urgente para el diseño de intervenciones psicológicas adecuadas que los ayuden a entender y procesar las emociones, sobrellevar el trauma del accidente y poder conservar su bienestar personal y así poder sostener su rol de cuidador a largo plazo fuera del hospital y sin la ayuda de todo el equipo médico.

### ***Ansiedad, depresión y trastornos del sueño.***

El acompañamiento diario a un niño hospitalizado por quemaduras graves constituye un evento estresante que afecta a gran escala la estabilidad emocional del cuidador. Varias fuentes señalan que los cuidadores tienden a experimentar niveles altos de ansiedad, síntomas relacionados a la depresión y alteraciones del sueño desde las primeras horas del proceso de hospitalización, porque siempre están en vigilancia, ya sea acompañando al menor junto a la cama o en casos más graves desde la sala de espera. “La hospitalización pediátrica se constituye como un factor estresor respuestas emocionales intensas, afectando su bienestar psicológico y su funcionamiento cotidiano” (Espinoza et al., 2025).

### **Ansiedad durante el proceso de hospitalización por quemaduras**

“Los padres viven a su hijo y un sufrimiento de incapacidad que observan” (Santos et al, 2024). La ansiedad es una respuesta bastante observada en cuidadores de niños quemados. La mezcla de incertidumbre sobre el pronóstico, el dolor intenso que experimentan los niños, las probabilidades de secuelas y la continua intervención a procedimientos invasivos contribuyen a que estén en un estado de alerta constante y esto a su vez aumenta de manera significativa los niveles de ansiedad.

“Las madres reportaron sentir temor, paralizante antes de cada procedimiento, anticipando el dolor del niño y su propia reacción emocional” (Wickens et al.,2024). Los cuidadores presencian escenas médicas estresantes como las curaciones, debridaciones o injertos quirúrgicos, escenas que pueden elevar los picos de ansiedad anticipada y esta no solo afecta su salud emocional, sino también repercute en su capacidad para analizar y tomar decisiones, comunicarse y brindar el apoyo adecuado al niño.

## **Depresión como una secuencia del estrés crónico del cuidado**

En los cuidadores de niños quemados, la depresión aparece como resultado de una carga emocional intensa que se ha mantenido por mucho tiempo, cuando la responsabilidad del cuidado del niño, genera constantemente preocupación, sentimiento de culpa y un desgaste a nivel psicológico. Este estrés permanente altera progresivamente la autoeficacia del cuidador y su vulnerabilidad, tal como lo explican Schulz & Sherwood (2008) “El estrés crónico del cuidado aumenta significativamente el riesgo de una depresión clínica en los cuidadores”. Esto permite visualizar a la depresión no como un resultado o un evento aislado, sino como la respuesta al agotamiento de recursos cognitivos y afectivos.

La acumulación del estrés es un aspecto muy importante en estas situaciones, aquí factores como el tiempo del cuidado, grado de las quemaduras y la falta de apoyo que suele existir, determinan la intensidad de este malestar depresivo. La evidencia científica sugiere que mientras más tiempo persista la necesidad del cuidado, más emerge la sintomatología depresiva (Zarit et al, 2008) Esto evidencia que el tiempo de tratamiento, estadía en hospitales y la necesidad del paciente de tener un cuidador constante, actúan como amplificadores de estrés, y con evidencia en la práctica, especialmente cuando no existe distribución de roles y todo recae sobre una sola persona.

No solo existe una afectación a nivel emocional, la parte química y biológica del cuidador también puede verse afectada, especialmente a nivel de los neuroendocrinos y en la regulación del cortisol, así como lo manifiesta Alan Leggett (2014) en “La exposición prolongada al estrés del cuidado se ha asociado con alteraciones en los niveles de cortisol, especialmente en cuidadores con sintomatología depresiva”. Por esto es importante comprender que la depresión de los cuidadores no es solo algo psicológico, sino que abarca lo biopsicosocial, donde tanto el desgaste emocional, la neurobiología y falta de capacidad de recuperación inciden.

La depresión es comprendida como una respuesta clínica al cansancio emocional, lo que podría entenderse como un burnout del cuidador. La presencia de pérdida de la orientación y sentido, la sensación de que se ha fracasado y la impotencia constante, constituyen el estrés prolongado, tal como lo reiteran Schulz & Sherwood

(2008) “La depresión en los cuidadores emerge cuando los recursos emocionales son excedidos por la demanda del cuidado”. Y en el caso de los niños quemados, estas demandas suelen ser intensas debido a la gravedad del estado clínico, la presión social relacionada al accidente y los prejuicios y el dolor del menor constante que el cuidador no puede aliviar, todo esto contribuye al riesgo de depresión en los cuidadores.

### **Trastornos del sueño asociados al rol del cuidador**

Así como en la vida cotidiana, cuando de estrés se trata, a nivel hospitalario el sueño también es uno de los procesos fisiológicos más afectados durante el cuidado hospitalario, debido a que el cuidador está en modo alerta y empieza la vigilancia nocturna. Despertarse constantemente, la dificultad para conciliar el sueño, y la reducción de las horas de sueño, son algunos de los fenómenos del sueño presentados por los cuidadores de pacientes pediátricos graves, así como lo indica Legget (2014) “La alteración del sueño constituye una manifestación del estrés asociado al cuidado, con impacto en el bienestar emocional del cuidador”. Esta disrupción del sueño conlleva un deterioro a nivel emocional y cognitivo. La rumiación por la noche, la preocupación anticipada y el agotamiento físico son manifestaciones que impiden un sueño reparador. Esto debido a que la mente del cuidador nunca descansa: evalúa riesgos, complicaciones y escenarios futuros, por esto la construcción del sueño se ve profundamente afectada.

La alteración del sueño no solo es un reflejo de agotamiento del cuidador, sino que funciona como un indicador bastante acertado de la carga emocional que se lleva. La atención temprana y detección de estos indicadores, permite prevenir un cuadro depresivo o un burnout “Las alteraciones del sueño en los cuidadores se asocian con el desgaste físico y emocional del cuidado” (Schulz & Sherwood, 2008). Esto es especialmente importante en ámbitos hospitalarios, donde el tiempo es crítico y puede haber deterioro emocional a largo plazo.

### **Mecanismos de Afrontamiento y Resiliencia en Cuidadores**

#### ***Estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción.***

El afrontamiento se comprende como la unión de procesos cognitivos y conductuales que adopta un individuo en situaciones de estrés. En su libro de la

literatura clásica, Lazarus y Folkman diferenciaron el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción: el primero lleva a modificar la situación y el segundo ayuda a regular la respuesta afectiva ante la situación. “El afrontamiento no es un acto único, sino un proceso dinámico mediante el cual los individuos gestionan demandas estresantes” (Lazarus & Folkman, 1984). En el caso de los cuidadores de niños quemados el uso de ambos afrontamientos varía dependiendo del estado clínico del menor y las exigencias del entorno y el cuidado.

Por un lado, el afrontamiento centrado en el problema conlleva conductas activas como, por ejemplo, preguntar a los médicos, organizar la rutina de cuidado diaria, o pedir información sobre los procedimientos que se le realizan al menor. De esta forma hay un control del estrés anticipado, tal como lo indica García (2020) “El afrontamiento centrado en el problema aumenta la sensación de control percibido por los cuidadores, reduciendo el malestar asociado a la incertidumbre”, con este enfoque a nivel hospitalario existe una facilidad de adaptación a los protocolos médico y favorece la comprensión del estado y tratamiento, lo que convierte al cuidador en un aliado terapéutico.

Por otro lado, el afrontamiento centrado en la emoción implica la adaptación de estrategias que están dirigidas a manejar la ansiedad, el miedo, preocupación, tristeza, culpa o frustración. En los cuidadores de niños con lesiones graves, como en este caso quemaduras que implican hospitalización, este afrontamiento es vital durante las primeras fases del proceso, porque el impacto emocional suele ser más intenso en el inicio de la hospitalización, porque hay un tiempo cercano al accidente, impacto por las heridas del menor y el shock de la situación, por eso Wong (2019) agrega que “El afrontamiento centrado en la emoción es fundamental en situaciones donde el estrés es incontrolable o impredecible”. La hospitalización de un niño es un escenario incontrolable, porque el cuidador no influye en la evolución clínica del niño, lo que vuelve urgente el manejo emocional.

El uso unísono de ambas estrategias resulta muy funcional, dado que ayuda a generar recursos tanto internos como externos en situaciones de alta demanda, como lo es el cuidado de un niño quemado. Los estudios muestran que quienes combinan ambas estrategias, evidencian menor reactividad emocional y una mejor adaptación hospitalaria, tal como lo expone Kashdan & Rottenberg “ la flexibilidad psicológica

sea asociado consistentemente con mejores indicadores de salud mental y mayor capacidad adaptación en situaciones estrés” (2010). Y esta flexibilidad es clave en cuidadores de niños hospitalizados por quemaduras, para que exista un equilibrio entre los recursos instrumentales y los recursos afectivos.

***Factores protectores: Autoeficacia y apoyo percibido.***

La autoeficacia actúa como uno de los factores protectores más importantes ante las demandas que conlleva el cuidado, implicando la creencia del cuidador en su propia capacidad de desempeñar su rol y poder manejar situaciones difíciles asociadas al proceso de hospitalización. Tomando de referencia los textos clásicos de Bandura (1997) y Herdon (2021) existen mayores niveles de autoeficacia en cuidadores con un mayor ajuste emocional y menor angustia psicológica. Esta sensación de ser competente genera una reducción de la percepción de amenaza que genera el entorno hospitalario y mejora la capacidad de tomar decisiones basadas en el bienestar del niño.

Por otro lado, el apoyo social se percibe, incluyendo familia, comunidad y equipo de salud, amortigua el impacto que tiene el estrés en el cuidador, ya que proporcionan validación a nivel emocional y la sensación de no estar viviendo el proceso en soledad “El apoyo social actúa como un amortiguador del estrés, reduciendo el riesgo de sobrecarga de carga en cuidadores” (Willis et al, 2025). Esto es especialmente valioso en contextos donde el estigma social relacionado a condiciones médicas graves o estéticas de un paciente generan aislamiento en el cuidador.

Por esto la combinación entre una fuerte autoeficacia y un apoyo percibido suficiente contribuye a que el cuidador conserve la resiliencia en los periodos de estrés prolongado. En la teoría se ha observado que la percepción de autoeficacia y el apoyo social, se han identificado como factores protectores asociados a un mejor ajuste psicológico, en contextos de estrés (Bandura, 1997) (Cohen & Wills, 1985). , Estos factores no solo favorecen a la reducción de la sintomatología emocional, sino que además facilita que se creen redes de apoyo entre familias que están viviendo una experiencia similar.

### ***La resiliencia y el crecimiento postraumático.***

En la conceptualización la resiliencia se comprende como la capacidad de poder adaptarse de manera positiva a las adversidades, manteniendo el funcionamiento emocional. Masten (2014) la define como “la resiliencia se refiere a buenos resultados a pesar de amenazas serias a la adaptación o al desarrollo” (p.20). En el contexto del cuidado hospitalario, la resiliencia no implica que no haya un malestar, sino que exista en el cuidador la capacidad de reorganizar su recursos cognitivos y emocionales para sostener su rol de cuidador.

El crecimiento postraumático es un fenómeno complementario, donde las personas reportan cambios positivos luego de experiencias muy estresantes. Para Tedeschi & Calhoun (2004) “el crecimiento postraumático describe cambios psicológicos positivos como resultado de la lucha con eventos traumáticos” (p. 20). En los cuidadores de niños quemados, este crecimiento puede encontrarse en una mayor valoración de la vida, que se fortalezcan los vínculos afectivos o reorganización de las prioridades familiares.

En síntesis, la resiliencia y el crecimiento postraumático se potencian con el uso de recursos internos y externos, por ejemplo, apoyo social, la autoeficacia como se mencionó anteriormente en este capítulo, y las estrategias de afrontamiento que sean flexibles a cada cuidador. Por esto Wong (2020) advierte que “la resiliencia surge a través de la interacción entre recursos personales y apoyos ambientales” (p.20). Esto permite que el cuidador no solo logre reducir el impacto negativo del estrés hospitalario, sino que pueda convertir parte de esa experiencia en aprendizaje emocional, favoreciendo su bienestar psicológico a largo plazo.

### **Explicación de las alteraciones cognitivas y emocionales desde el Enfoque Cognitivo-Conductual (TCC)**

En el contexto hospitalario, como se ha podido ver anteriormente, los cuidadores enfrentan situaciones altamente estresantes que generan alta vulnerabilidad psicológica. Existe una prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático, por lo cual, es necesario analizar cómo se originan, se mantienen e intensifican aquellos síntomas. Para ello, se tomará como base el Enfoque Cognitivo-Conductual (TCC), el cual ofrece un marco teórico que permite comprender cómo el



impacto de lo vivido no solo genera una respuesta emocional automática, además, se procesa a través de un sistema de creencias y esquemas cognitivos que influyen en la vivencia emocional del cuidador.

### ***Marco teórico de la Terapia Cognitivo Conductual***

Para este punto, como referencia se utilizará el Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo-Conductuales, escrito por Marta Isabel Díaz, Ma. Ángeles Ruiz y Arabella Villalobos (2017):

A mediados de los años 50, la Terapia de Conducta (TC) aparece como tratamiento psicológico, posicionándose frente al modelo psicoanalítico. La TC establecía que toda conducta aprendida puede modificarse mediante los principios de aprendizaje. A principios del siglo XX se hicieron nuevas aportaciones en relación al aprendizaje, las cuales fueron consideradas la base que permite anclar posteriormente la estructura de la Terapia Cognitiva Conductual:

“Los fundamentos teóricos conductuales que sirvieron de base para el desarrollo de la TCC fueron: a) la reflexología y las leyes del condicionamiento clásico, b) el conexionismo de Thorndike, c) el conductismo de Watson y los posteriores desarrollos neoconductistas de Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y, por último, d) la contribución de Skinner y el análisis experimental de la conducta” (p. 38).

Su desarrollo histórico se organiza en 3 generaciones que han ido profundizando en los procesos cognitivos, emocionales y conductuales:

- Primera generación (1950 - 1970): Surge la Terapia Conductual, encontramos el conductismo clásico y operante con aportes de Pavlov (condicionamiento clásico), Watson (conductismo operante), Skinner (conductismo operante) y Wolpe (Desensibilización Sistemática). Aunque, inicialmente fue un éxito la aplicación de principios de aprendizaje a problemas clínicos, se empezaron a enfrentar con limitaciones, entre ellas, " la incapacidad para encontrar explicación y alternativas terapéuticas adecuadas en otros trastornos, hicieron surgir un malestar que derivó en la búsqueda de otras fuentes explicativas” (p. 62).

- Segunda generación (1970 - 1990): Entre los desarrollos teóricos que destacan en esta fase encontramos: las teorías del aprendizaje social y la aparición del enfoque cognitivo en la Terapia de Conducta. Bandura en 1969, es quien desarrolla el concepto de la teoría del aprendizaje social, que más tarde, en 1986, se denomina teoría cognitiva social, “El trabajo de Bandura ha sido importante en las aplicaciones del aprendizaje observacional, en el planteamiento del aprendizaje social y como impulsor de los aspectos cognitivos y de la noción de autocontrol” (p. 65). Por otro lado, surgen las terapias cognitivas, este enfoque cognitivo se desarrolla en 1974 a partir de la obra de Mahoney *Cognition and behavior modification*. Mahoney junto a Arnkoff en 1978, clasifican las terapias cognitivas más conocidas:
  - Técnicas de reestructuración cognitiva: Se basan en la identificación y el cambio de las creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas. Se analiza la racionalidad de estos pensamientos y enseñan al paciente a pensar de manera adecuada, atacando estas distorsiones que se podrían estar dando en el procesamiento de la información. En esta área destacan dos figuras fundamentales: Aaron T. Beck y Albert Ellis, considerados como los representantes más influyentes de la orientación cognitiva. Beck desarrolló su modelo cognitivo de la depresión y posteriormente la Terapia Cognitiva (1979), donde llegó a identificar las emociones y conductas disfuncionales influenciadas por distorsiones y esquemas cognitivos. Por su parte, Albert Ellis desarrolló la Terapia Racional Emotiva en 1962, posteriormente denominada Terapia Racional Emotivo-Conductual, donde plantea que las emociones disfuncionales surgen de las creencias irracionales respecto a los acontecimientos, él combina procedimientos cognitivos y conductuales, aportando a gran medida en el surgimiento del enfoque cognitivo-conductual moderno.
  - Técnicas para el manejo de situaciones: se centran en que el paciente adquiera habilidades para afrontar de manera adecuada diversas situaciones problemáticas, caracterizadas por el estrés o dolor. Aquí destacan: el entrenamiento en inoculación de Estrés de

Meichenbaum (1977;1985) y las técnicas de Manejo de la Ansiedad Suinn y Richardson (1971).

- Técnicas de solución de problemas: Tienen como objetivo corregir el modo en que el paciente aborda las situaciones problemáticas, facilitándole un método sistemático para resolver los problemas. En este grupo se encuentran: la Terapia de Solución de Problemas de D’Zurilla y Golfried (1971) (posteriormente denominada Terapia de Solución de Problemas Sociales (D’Zurilla y Nezu, 1982)), la Terapia de Solución de Problemas Interpersonales Spivack y Shure (1974) y la Ciencia Personal de MAhoney (1974).

A inicios de los años 80 la Terapia Cognitivo Conductual se consolidó como enfoque terapéutico, identificándose con enfoques de intervención de primera y segunda generación: análisis conductual aplicado, conductismo mediacional, teoría de aprendizaje social y las terapias cognitivas. En esta fase, se articularon las técnicas cognitivas con las técnicas conductuales.

- Tercera generación: En esta generación se encuentra una gran cantidad de terapias, sin embargo, los tres acercamientos que se han considerado más significativos son: la Psicoterapia Funcional Analítica, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia dialéctica Conductual. Dentro de la Psicoterapia Funcional Analítica (Koblenberg y Tsai, 1987) se destaca la capacidad terapéutica de la interacción psicólogo-paciente, estableciendo está como una situación comportamental más, en la cual el intercambio de respuestas y su valor son el elemento principal de la terapia. En la terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), se busca eliminar o reducir el control que los pensamientos y emociones tienen en la conducta del paciente, dando mayor importancia a las contingencias externas de la conducta. La ACT es hoy en día el enfoque más conocido de la tercera generación. Por último, la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993) toma bases de la Psicoterapia Analítica Funcional y el concepto de “aceptación” de la Terapia de Aceptación y compromiso, con el fin de moldear formas adecuadas de expresión emocional en personas con déficit ámbito (p. 80).

Cabe resaltar que se hace referencia a la tercera generación de terapeutas de conducta al momento actual del desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual.

Teniendo en cuenta el desarrollo histórico de la Terapia Cognitivo Conductual, se la podría definir como un modelo de intervención psicoterapéutica de base empírica que sostiene que las respuestas emocionales y conductuales del individuo, son mediadas por procesos cognitivos.

Un aspecto principal de la TCC es su especial interés de la eficacia de las intervenciones, y aquella se evalúa en los cambios producidos en la conducta del individuo, derivados de los cambios en los procesos cognitivos y emocionales. Tal como se menciona en el manual:

“La TCC tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, aspecto que procede del enfoque empírico que tiñe todo lo referente a la evaluación y tratamiento. Dicha eficacia se establece experimentalmente valorando los cambios producidos en la conducta tratada, considerando cambios a corto y largo plazo, así como su generalización al ambiente habitual del sujeto” (p. 87).

En la presente investigación la TCC constituye el marco teórico desde el cual se podrá analizar las alteraciones cognitivas de los cuidadores de los niños quemados, enfocándonos en la identificación de creencias disfuncionales asociadas al juicio social, así mismo, comprender cómo aquellas creencias influyen en el estado emocional del sujeto. Por ende, se trabajará combinando la segunda generación con la tercera. En la segunda generación se tomará en cuenta el modelo ABC propuesto por Albert Ellis, para identificar cómo los eventos activadores son filtrados por un sistema de creencias irracionales, que derivan en consecuencias emocionales desadaptativas. Por otro lado, de la tercera generación nos enfocaremos en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), como un modelo de intervención, pertinente para abordar el sufrimiento sostenido y el impacto del juicio social en los cuidadores.

En esta investigación en particular se utiliza la TREC como marco teórico para poder identificar los pensamientos irracionales que predominan en los cuidadores de los niños quemados en un hospital infantil ante este acontecimiento. Partiendo de la idea del texto clásico de Albert Ellis de que “Las personas no se alteran por

acontecimientos, sino por la visión que tienen de ellos” (1962). Esto permite comprender cómo determinadas distorsiones están afectando en su estado emocional y su forma de afronta lo que está sucediendo; crea un punto de partida desde el que hay que trabajar para crear un abordaje apropiado.

No obstante, el abordaje terapéutico desde el que está realizado este trabajo es el ACT, ya que no está involucrando la reestructuración cognitiva. “El objetivo de ACT no es eliminar los pensamientos difíciles, sino cambiar la forma en que se relaciona uno con ellos” (Hayes et al, 1999). Desde este ideal se parte para la búsqueda del ideal de intervención que normalice y valide el sufrimiento y fortalezca los valores personales.

### ***El modelo ABC de la TCC aplicado a la situación del cuidador.***

El modelo ABC fue propuesto por Albert Ellis en el año 1984, para analizar la interrelación entre los acontecimientos, cogniciones y consecuencias. La A se refiere a los acontecimientos activadores a los que respondemos, la C es en sí, la respuesta dada a nivel emocional y conductual, y B son las creencias (rationales e irracionales) que tenemos respecto a estos acontecimientos (A), lo cual, explica a mayor medida la respuesta (C).

Como establecen Pérez et al. (2008):

Por lo tanto, la teoría A-B-C mantiene que las personas directamente no reaccionan emocional o conductualmente ante los acontecimientos que encuentran en su vida; más bien, las personas causan sus propias reacciones según la forma que interpretan o valoran los acontecimientos que experimentan. (p. 344)

Es por ello, que esta herramienta nos permite desglosar la experiencia del cuidador para entender de qué manera se interpretan a nivel cognitivo los acontecimientos traumáticos vividos durante la hospitalización del niño quemado. A continuación, se elaborará un cuadro basado en el modelo de ABC, a partir de ejemplos de casos reales tomados de la experiencia de la práctica preprofesional realizada en un hospital pediátrico especialmente en el área de quemados:

**Tabla 1**

Modelo ABC a partir de casos reales de cuidadores de niños hospitalizados por quemaduras.

<b>A</b> <b>(acontecimiento)</b>	<b>B</b> <b>(creencias)</b>	<b>C</b> <b>(consecuencias)</b>
<b>Accidente quemadura por</b>	"Pude haberlo evitado"  "Soy irresponsable"	<b>Emocionales:</b> culpa, miedo, tristeza, frustración, ansiedad.  <b>Conductuales:</b> rumiación constante, dificultad para concentrarse, hipervigilancia en relación con el niño/a, insomnio.
<b>Hospitalización del niño quemado</b>	"Fui descuidado/a"  "Soy una mala madre"  "Piensan que no cuido bien a mi hijo/a"	<b>Emocionales:</b> incremento de culpa, ansiedad, miedo persistente, tristeza.  <b>Conductuales:</b> hipervigilancia, evitación del contacto social, aislamiento, insomnio, dificultad para tomar decisiones.
<b>Procedimientos médicos dolorosos</b>	"Mi hijo/a está sufriendo por mi culpa"  "No podré estar tranquila"	<b>Emocionales:</b> angustia, miedo, frustración, impotencia.  <b>Conductuales:</b> duda constante sobre su rol como cuidador, dificultad para delegar el cuidado, hipervigilancia excesiva.

*Nota* Elaborado por las autoras

En el cuadro expuesto se puede observar que los acontecimientos están relacionados a eventos altamente estresantes, sin embargo, las consecuencias a nivel emocional y conductual no provienen únicamente de los acontecimientos establecidos, sino, también de las creencias que el individuo ha construido con relación a su

responsabilidad como cuidador. Entre ellas tenemos que el cuidador se percibe como el principal responsable del accidente del niño. Estas creencias irracionales se encuentran cargadas de juicio de valor sobre su rol parental, las cuales tienden a ser rígidas y absolutistas, generando interpretaciones centradas en la culpa y fracaso. Intensificando así, emociones negativas como la culpa, el miedo, la tristeza y la ansiedad.

### **Distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos.**

Según el Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo-Conductuales (Díaz et al., 2017) "los sesgos negativos que cometen las personas con problemas emocionales Beck (1970) los denomina distorsiones cognitivas" (p. 389). En este contexto, los sesgos vienen a ser desviaciones en la que el sujeto procesa la información en base a aquellos estímulos congruentes con sus esquemas cognitivos previos. Estos procesos automáticos pueden generar errores interpretativos, como menciona Beck, haciendo referencia a las distorsiones cognitivas. Londoño et al., en 2005, establecen que "Uno de los tipos de procesos son las distorsiones cognitivas que se refieren a errores en el procesamiento de la información que las personas presentan como consecuencia de la activación de los esquemas cognitivos negativos" (p. 127). Tomando la definición de los esquemas cognitivos del Manual, estos esquemas vienen a ser entidades organizativas conceptuales que contienen nuestro conocimiento, respecto a cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales (p.388). Por ende, tomando en cuenta los conceptos antes mencionados, se puede definir a las distorsiones cognitivas como patrones de pensamiento automáticos, mediante los cuales el individuo interpreta la realidad, predominando lo negativo. En el Manual, Díaz et al. (2017) establecen que en la Terapia Racional Emotiva y Conductual (TREC), se destacan 4 creencias irracionales concretas y las describen de la siguiente manera:

Demandas o exigencias: (e.g.: *"Si mi pareja me quisiera, debería haberme hecho un regalo por mi cumpleaños"*).

Catastrofismo: (e.g. *"Como mañana no me salga bien la entrevista será horrible, yo me muero"*).

Baja tolerancia a la frustración: (e.g. *"No voy a la fiesta porque me da miedo que me rechacen, es durísimo, yo soy muy sensible y no podría sopor-tarlo"*).

Depreciación o condena global de la valía humana: (e.g. *“Se me ha quemado la comida. Soy una inútil, todo lo hago mal”, “ha hecho mal la factura, es un incompetente total”*). Estas formas de pensamiento se consideran irracionales porque son falsas, ilógicas, extremas y tienden a interferir con las metas y pro-pósitos básicos de la personas (p. 343).

Por otro lado, obtenemos que los pensamientos automáticos son las expresiones concretas de este patrón, tomando como ejemplo en el contexto de los cuidadores de niños quemados, una distorsión cognitiva podría ser Depreciación, y el pensamiento automático viene a ser *“todo fue mi culpa, soy una mala madre, todo lo hago mal”*. Díaz et al. (2017) en el manual definen los pensamientos automáticos como:

las autoverbalizaciones, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación externa o interna determinada y que son el resultado de la interacción, en el caso de la depresión, entre los supuestos depresogénicos, los acontecimientos activadores y los sesgos que se cometen al interpretar tales acontecimientos. (p. 395)

Por lo cual, se puede concluir que son parte de la expresión de las creencias, de la percepción de uno mismo, de los demás y del mundo, las cuales el individuo acepta como verdades incuestionables, perdiendo de vista su naturaleza distorsionada.

### **Conductas de afrontamiento (adaptativas y desadaptativas).**

Según Pérez et al. (2017), “El afrontamiento se define como «aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como que exceden o desbordan los recursos de los individuos»”. Resaltamos el carácter “cambiantes”, haciendo referencia a que cada persona enfrenta y procesa las situaciones percibidas cómo problemáticas de diferentes maneras. Por ende, cada uno adopta distintas conductas de afrontamiento de acuerdo a sus recursos personales, experiencias, creencias y el contexto en el que se encuentran. “Se cree que las estrategias de afrontamiento dependen del contexto, lo que indica que tanto el factor estresante como el entorno en el que se presenta dicho factor contribuyen a la estrategia de afrontamiento utilizada” (Fairfax et al. 2019). Sin embargo, cabe recalcar que “no todos los tipos de afrontamiento son iguales, y las estrategias adaptativas frente a las



desadaptativas parecen tener efectos diferenciales poco estudiados, especialmente en el caso de las adversidades acumuladas”, establecido por Chaaya et al. (2025). Es por ello que estos mismos autores llevaron a cabo un estudio sobre las Estrategias de afrontamiento adaptativas frente a desadaptadas desde la perspectiva de jóvenes adultos libaneses que atraviesan múltiples crisis (Adaptive versus maladaptive coping strategies: insight from Lebanese young adults navigating multiple crises), donde “se demostró que existe una asociación positiva entre la ansiedad, la depresión, la intolerancia a la incertidumbre y las estrategias de afrontamiento inadaptadas, al tiempo que se evidenció una asociación negativa entre estas últimas y el bienestar” (p. 1). Es decir, que bajos niveles de afrontamiento adaptativo se asocian con niveles más altos de psicopatología. En una revisión bibliográfica llevada a cabo por Fairfax et al. (2019) A systematic review of the association between coping strategies and quality of life among caregivers of children with chronic illness and/or disability, se respalda esta correlación. Los autores de esta segunda investigación pudieron analizar distintos estudios resaltando que las estrategias de afrontamiento difieren entre familias:

Por ejemplo, algunos autores distinguen entre estrategias de afrontamiento adaptativas o positivas (por ejemplo, mantener las conexiones sociales) y estrategias inadaptadas o negativas (por ejemplo, el consumo de sustancias) [34, 35]; otros distinguen entre afrontamiento centrado en el problema (por ejemplo, planificación o resolución de problemas) y afrontamiento centrado en las emociones (por ejemplo, evitación-escape). (p. 2)

Sin embargo, en general, se concluyó lo siguiente: “Los resultados de nuestra revisión respaldan la hipótesis de que las estrategias de afrontamiento positivas o adaptativas pueden estar asociadas positivamente con la calidad de vida psicológica de los cuidadores de niños con enfermedades crónicas” (p. 1). He aquí la importancia de reestructurar las conductas desadaptativas, y promover las conductas de afrontamiento adaptativas para mejorar la calidad de vida de los cuidadores. Entendiendo las conductas adaptativas como aquellas que contribuyen a la regulación emocional y a la resolución del malestar, mientras que, las desadaptativas, producen lo contrario, aunque generen cierto nivel de alivio, tienden a intensificar el malestar a largo plazo. Entre las conductas adaptativas en el contexto de los cuidadores podemos encontrar la búsqueda de apoyo social y profesional, como también la expresión

emocional, etc. Y entre las desadaptativas, entrarían: el aislamiento, la evitación, el escape, el consumo de sustancias, entre otros. En este contexto, es relevante considerar modelos terapéuticos que fomenten la flexibilidad psicológica para reestructurar la relación del individuo con su malestar. Por lo cual, hemos tomado en cuenta la Terapia de Aceptación y Compromiso, y a continuación, profundizaremos en sus conceptos.

### ***Conceptos centrales de ACT:***

Para los siguientes puntos retomaremos como referencia el Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo-Conductuales, escrito por Díaz et al. (2017):

La Terapia de aceptación y Compromiso (ACT) es “una forma de psicoterapia experimental, conductual y cognitiva basada en la Teoría de los Marcos Relacionales, y en la teoría del lenguaje y cognición” (p. 556). Pertenece a la tercera generación, y se destaca por el hecho de que cambia su modo de intervención respecto a los otros modelos tradicionales. La ACT se basa en la relación que la persona mantiene con sus pensamientos y emociones. No se enfoca únicamente en la presencia de pensamientos negativos, más bien, toma en cuenta la manera rígida en la que el sujeto intenta controlarlos, eliminarlos o evitarlos. Como se mencionó anteriormente, la ACT sustenta la teoría de los Marcos Relacionales (TMR), la cual se centra en la conducta verbal, y explica el malestar psicológico como consecuencia de la dominación del lenguaje humano sobre la experiencia directa, donde el individuo crea reglas verbales rígidas y promueven la evitación experiencial. En otras palabras, afirman que el lenguaje humano establece relaciones arbitrarias entre estímulos, lo que genera significados que amplifican el sufrimiento psicológico. Los pensamientos llegan a ser productos del lenguaje, el cual influyen en gran escala en la conducta del individuo, cuando se toman de una forma literal. Díaz et al. mencionan que en la ACT se realizan diversos procesos interrelacionales que tienen que ver con el incremento de la consciencia, ya que el individuo suele ser “reacio a permanecer en contacto con experiencias privadas molestas (sensaciones, pensamientos, recuerdos, emociones) e intenta alterar su forma, frecuencia o el contexto en el que aparecen”, este proceso se lo denomina evitación experiencial (p. 556).

Este malestar en el individuo se explica por procesos psicológicos derivados del lenguaje que restringen la flexibilidad de la conducta del sujeto, como: la fusión cognitiva, la evitación experiencial y la desconexión con los valores personales. En el contexto de los cuidadores de niños hospitalizados por quemaduras, donde se pasa por situaciones de alto estrés, estos procesos antes mencionados llegan a intensificarse.

Es por ello, que en este punto vamos a profundizar en los conceptos centrales de la Terapia de Aceptación y Compromiso relevantes al afrontamiento emocional de los cuidadores de niños quemados. Con el objetivo de proponer en el siguiente capítulo la ACT como un modelo de intervención.

### **Evitación experiencial, orientación con los valores y defusión cognitiva.**

Primeramente, cabe destacar que en la ACT no existen referencias patológicas independientes de la función del contexto, se entiende que la conducta se despliega de las variables contextuales actuales. Por ende:

Su concepción de la psicopatología es a través del llamado trastorno por evitación experiencial, que se define por la ineficacia de la conducta de evitación para conseguir bienestar, no sirviendo (a conducta a otra función que la perpetuación y el agravamiento del malestar o de los problemas existentes). (p. 562)

Como se había establecido anteriormente, la evitación experiencial hace referencia al intento de conseguir el bienestar permanente, alterando experiencias privadas molestas (sensaciones, pensamientos, recuerdos, emociones), sin embargo, se obtiene un bienestar inmediato pero breve, al poco tiempo el malestar vuelve. Es aquí cuando el individuo queda en un círculo vicioso, donde realiza varios intentos para desaparecer aquel malestar. “Este proceso se pone de manifiesto cuando una persona piensa: *"Tengo que controlar mi ansiedad..., tomaré pastillas o estaré en casa... Observo que la ansiedad se reduce por lo que tengo razón, he hecho bien".*” (p. 562). Hay un beneficio inmediato, se alivia la ansiedad y cree que lo está haciendo bien, lo cual refuerza la conducta de manera positiva, no obstante, a largo plazo el problema persiste. Tomando como ejemplo a los cuidadores, durante la práctica preprofesional hemos obtenido respuestas como *“no le quite los ojos de encima”* (en referencia al niño), creyendo que así podrán evitar que otro accidente suceda, y sentirse más

tranquilos. Este tipo de respuestas evidencian un intento de evitar ansiedad, culpa o miedo, mediante la conducta de hipervigilancia, la cual, tiende a incrementar el malestar a largo plazo. Este patrón suele ser acompañado de una desconexión progresiva de los valores personales, se genera una conducta que empieza a ser guiada principalmente por la reducción del malestar y no por aquello que le resulta significativo a el individuo. Podría desplazar valores como el cuidado consciente, el auto cuidado y la presencia afectiva.

Es por ello, que, en la ACT, uno de los procesos principales que se busca realizar es la orientación de los valores. En el manual caracterizan la orientación de valores de la siguiente manera:

Este proceso implica facilitar la construcción de las condiciones que permitan clarificar las metas vitales en términos de los valores personales, así como ayudar también a que pueda alterar las relaciones entre sentir-pensar-actuar que desvían a las personas de lo que quieren para su vida. (p. 564)

Para poder lograrlo, se solicita al individuo que señale qué terrenos le son valiosos, entre ellos puede entrar: la familia, la amistad, el crecimiento personal, etc., y lo invitamos a analizar qué dirección cree que sería la adecuada para llegar a ellos. “Los valores sirven como direcciones para la propia conducta” (p. 564). Se especifican las razones o motivaciones que determinan sus acciones, y lo llevamos a la concientización ¿hasta qué punto las está generando? A modo de ejemplo, aplicado a los cuidadores, se ayuda al individuo a identificar si sus acciones actuales frente al evento están motivadas por el miedo o por lo que realmente esperan y valoran de su rol (como padre, madre, abuela, etc.) y en su vida personal. Uno de los valores fundamentales de los cuidadores de niños quemados es la conexión emocional y el apoyo familiar, a partir de ello, se les invita analizar si sus conductas van acorde a estos valores, conductas como la hipervigilancia o el aislamiento social, o si creen que están siendo guiadas principalmente por el miedo. No se busca eliminar estas emociones difíciles, sino, promover una forma de afrontamiento adaptativa basada en favorecer las acciones coherentes con los valores personales.

Por otro lado, la defusión cognitiva, “se refiere al proceso de hacer un cambio en el uso normal del lenguaje y las cogniciones, de tal manera que el proceso de

pensamiento se haga más evidente y las funciones de los productos se amplíen” (p. 565). Es decir, que se busca que el individuo perciba estos pensamientos y otras experiencias privadas como eventos mentales normales (que van y vienen), así, el pensamiento deja de ser una única verdad y adquiere una función de evento observado. Este proceso tiene como objetivo la aceptación, para de esta manera cambiar la consideración de los eventos internos, y permitirles desvincularse de ellos. Para llevarlo a cabo se usan distintas estrategias o ejercicios, como, relacionarlos a *las nubes que pasan*. Aplicándolo a los cuidadores, el cuidador está fusionado con el pensamiento de “*si pierdo de vista a mi hijo puede sufrir otro accidente*”, acompañados de sentimientos de culpa y miedo, en este estado lo vive como una realidad absoluta. Por medio de la defusión, se entrena para reformular esta experiencia como “*mi miedo es solo una emoción y la idea de que algo malo pasará es solo un pensamiento, pero son nubes grises que pasarán*”, probablemente podrá salir de casa a cumplir con sus responsabilidades a pesar de su malestar, incitándolo a continuar con su vida. La metáfora de las nubes grises hace referencia a que las nubes grises pasan por el cielo, sin embargo, no son el cielo, aunque lo cubran por un tiempo, es mejor contemplarlas mientras se las deja pasar (p. 565-566).

Dentro de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), el mindfulness y la aceptación constituyen procesos centrales orientadas a modificar la relación que la persona o individuo mantienen con su experiencia interna; el Mindfulness, denominado en el ACT como un contrato, en el momento presente, se refiere a tener la capacidad de atender de manera consciente a los pensamientos, emociones y y sensaciones, tal como ocurren en el aquí en el ahora (Hayes et al, 2012). No busca eliminar el malestar, sino ampliar la conciencia sobre la experiencia inmediata para ser capaz de observarla como un evento transitorio. Por su parte, la aceptación es definida como “la adopción voluntaria de una postura abierta, receptiva y flexible con respecto a los eventos privados” (Hayes et al, 2012, p. 27). De este modo, mientras, por un lado, el mindfulness facilita la observación consciente del malestar presente, la aceptación constituye permitir su existencia sin una lucha constante.

El modelo hexaflex, tal como lo dice su nombre conlleva los seis procesos nucleares de la ACT: aceptación, difusión cognitiva, contacto con el momento presente (mindfulness) , yo como contexto, clarificación de valores y la acción comprometida.

Hayes, Strosahl y Wilson (2012) comentan que el objetivo de estos procesos es desarrollar “la capacidad de contactar el momento presente plenamente como un ser humano consciente y, basado en lo que la situación ofrece, cambiar o persistir en la conducta al servicio de los valores elegidos” (p.7). La aceptación busca “abrazar activamente la experiencia interna sin intentos innecesarios de cambiar su frecuencia o forma” (Hayes et al, 2012, p.272) mientras que la difusión cognitiva aspira a “alterar la función de los pensamientos, en lugar de su frecuencia o forma” (Hayes et al, 2012, p.20). Desde este enfoque, los valores son descritos como “cualidades elegidas de acción continua” (Hayes et al,2012, p. 63).

### **La rumiación y la lucha interna en el contexto de la quemadura.**

La rumiación es una conducta de afrontamiento desadaptativo, que, desde el enfoque de la ACT, tiene un papel fundamental de la fusión cognitiva en la explicación del malestar (Romero et al., 2015). La rumiación cognitiva se entiende como un fenómeno psicológico que se caracteriza por pensamientos repetitivos y persistentes en relación a eventos pasados, y se acompañan, de una carga emocional negativa (Gamboa, 2024). Según Toro et al. (2020) “La rumiación cognitiva (RC), se considera un estilo de respuesta cognitiva repetitiva y pasivamente focalizada ante el malestar, que se ha identificado en los síntomas psicopatológicos internalizantes como la ansiedad, depresión y la somatización” (p. 1). El individuo analiza el evento pasado, las causas y sus consecuencias a futuro, en busca de reducir el malestar. Sin embargo, esto mantiene a la persona en una constante lucha interna con sus pensamientos y emociones. Ortega (2021), establece que la rumiación no le permite esclarecer la situación al individuo, es más, una pauta de evitación incluso ha habido estudios que la han relacionado con la evitación experiencial, la rumiación es la forma para el individuo de no contactar plenamente con emociones dolorosa, pensar sobre el evento sustituye esta experiencia emocional de la culpa, miedo, etc.

Tomando en cuenta el caso del cuidador, la rumiación podría girar en torno a preguntas como: *¿qué hice mal? ¿cómo pude haberlo evitado? ¿qué hubiera pasado si...? ¿qué pensarán los demás de mí? ¿ahora que le espera al niño? ¿Cómo evito que vuelva a sufrir?*

### **La importancia de la flexibilidad psicológica en el afrontamiento.**

El objetivo general de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), es conseguir una mayor flexibilidad psicológica, como establece Díaz et al. (2017):

El incremento de la flexibilidad psicológica se intenta lograr en ACT a través de diversos procesos interrelacionados que tienen que ver con el incremento de la consciencia (aceptación y mindfulness), la apertura a la experiencia y la toma de perspectiva, es decir, distanciamiento del significado literal de las cogniciones y consideración del yo como con- texto (capacidad de conectar con un sentido del yo que va más allá de los propios pensamientos y sentimientos) y el cambio conductual (acción comprometida dirigida por valores personales). (p. 556)

Hayes et al. (2004; citado por Díaz et al., 2017) define la flexibilidad psicológica como la habilidad de ser consciente del presente para poder cambiar o persistir en lo que se está haciendo, pero siempre orientado a los objetivos o valores deseados. Es decir, que se entiende por flexibilidad psicológica como la capacidad del individuo de mantenerse en contacto con el momento presente para poder analizar de acuerdo a sus valores si cambia o persiste en lo que está haciendo. En base a este objetivo se estructura la intervención de la ACT, tomando en cuenta distintos procesos que se abordaran dependiendo del caso y momento concreto del proceso de intervención. Entre los procesos centrales encontramos los antes mencionados: orientación hacia valores, defusión cognitiva, y la aceptación. Una vez explicado el concepto de la flexibilidad psicológica se puede destacar el hecho de que es un recurso fundamental para afrontar experiencias difíciles, debido a que permite a la persona ser más consciente de sus pensamientos y emociones, sin permitir que determinen del todo su conducta. Esto permite que el individuo actúe frente a la situación de una manera más adaptativa y en función de sus valores, reduciendo la evitación experiencial y posibilitando una mayor capacidad de adaptación frente al contexto

## CAPÍTULO 3

### **Repercusiones del juicio social en los cuidadores**

En este capítulo abordaremos de manera integral cómo el juicio social impacta en la experiencia personal, emocional y física de los cuidadores de niños hospitalizados en el área de quemados. En el anterior capítulo se analizaron las bases teóricas de la Terapia Cognitivo Conductual, con el objetivo de que en este apartado se pueda comprender la incidencia del juicio social a nivel cognitivo y emocional del cuidador, como también la propuesta de un abordaje terapéutico basado en la ACT (terapia de aceptación y compromiso).

Para llevar a cabo este análisis, en un primer momento, se establecerán las bases teóricas del juicio social y el estigma en la lesión por quemadura, como también, sus principales fuentes (personal de salud, familia, entorno social). Esto permitirá comprender cómo se construyen estas valoraciones sociales y se transmiten al cuidador.

Posteriormente, se analizará cómo el cuidador las percibe e incorpora a nivel cognitivo, evidenciando una incidencia también a nivel emocional y fisiológico. En esta instancia se retomará la TREC y se profundizará en la elaboración de distorsiones cognitivas y creencias irracionales en el cuidador, a partir del juicio social percibido. Así como también, su incidencia en el deterioro de la autoimagen y autoestima, la intensificación de las emociones como la culpa, tristeza y preocupación, y por último, la aparición de respuestas somáticas.

Finalmente, se abordará el impacto del juicio social en las estrategias de afrontamiento del cuidador. Donde se analizará en qué aspectos se debe intervenir desde el área de la psicología, y se propone una intervención basada en la desculpabilización y herramientas de la ACT, con el objetivo de fortalecer la flexibilidad psicológica y el bienestar del cuidador.

La TREC nos permitirá identificar que pensamientos predominan en el cuidador, mientras que, la ACT nos brindará la ruta para que el individuo aprenda a relacionarse de manera distinta con ese malestar fomentando la flexibilidad psicológica, en lugar de centrarse en la reestructuración cognitiva.



## **Conceptualización del Juicio Social y el Estigma en la Lesión por Quemadura**

Es esencial partir de la conceptualización del juicio social y el estigma en este capítulo, para profundizar en los constructos que se llevan a cabo en relación con la lesión por quemadura. De esta manera, más adelante se podrá comprender el impacto que tienen en los cuidadores del niño/a. Estos constructos vienen a ser las valoraciones sociales que se configuran y son transmitidas e internalizadas por las personas de un contexto específico. En el contexto de los cuidadores, como podrán ver en este capítulo, los juicios sociales son en torno a su rol y responsabilidad ante el accidente. Es por ello, que en este apartado se abordan bases teóricas del juicio social, tomando en cuenta el estigma y sus tipos, como también, las fuentes del juicio social (familiares, profesionales de salud, etc.).

### ***Definición de juicio social y el estigma (interno y externo).***

Herrera (2018) describe el juicio social como: “la evaluación que hacemos de los demás basado en nuestras percepciones e interpretaciones de su comportamiento. Este proceso está influenciado por factores culturales, sociales y psicológicos”. Cabe destacar el uso del término “influenciado”, ya que manifiesta que las creencias, normas y estereotipos establecidos por la sociedad moldean nuestras percepciones.

Desde un enfoque teórico, Del Olmo (2021):

La teoría del juicio social subraya que los receptores no evalúan un mensaje únicamente por el valor de sus argumentos. Por el contrario, la teoría estipula que las personas confrontan la posición preconizada con su actitud y luego determinan si deben aceptar la posición promovida en el mensaje (párr. 3).

El autor plantea que el juicio social es un proceso, que no solo depende del mensaje, sino también del marco cognitivo desde el cual es interpretado, es decir, que es un proceso subjetivo que influye en la aceptación o rechazo de las valoraciones y etiquetas que la sociedad impone. Por ende, es reforzado por condiciones internas y externas. Sin embargo, es importante distinguir el juicio social del juicio moral, como se ha establecido el juicio social es un proceso cognitivo y social por el cual el individuo evalúa si el mismo o los de su entorno se ajustan o desvían de las normas establecidas, mientras que, el juicio moral es también un proceso cognitivo que permite

al sujeto reflexionar sobre sus valores y jerarquizarlos ante diversas circunstancias, es la percepción que un individuo mantiene de lo justo e injusto para sí mismo y su entorno (Vargas & Alva, 2007). Por ende, el juicio moral implica una valoración más profunda a nivel ético, y el sufrimiento a nivel psicológico se intensifica a partir de que el juicio social escala a un juicio moral. Según la teoría de la atribución de Heider, el sujeto intenta “explicar las razones que damos al comportamiento de los demás, es decir, estudia cómo respondemos a las preguntas que empiezan con un ‘por qué’ respecto a la conducta ajena” (Aguilera, 2017, p. 2). En este caso, la sociedad asigna al accidente una causa interna, y conlleva a la atribución de la culpa, se decide que el evento fue causado directamente por la incompetencia del cuidador, ignorando factores externos o accidentales, se centra en la responsabilidad y el castigo. La sociedad tiende a minimizar los factores situacionales y maximiza los factores disposicionales (capacidad del cuidador), sentenciando la causa en la negligencia del adulto. Intensificando la idea en el cuidador, de ser el responsable de lo sucedido con el niño/a.

Del juicio social parten los estigmas, Yang et al. (2007) establece que “Los enfoques sociológicos nos obligan a concebir el estigma como un proceso social con múltiples dimensiones. El estigma se considera incrustado en los compromisos interpretativos de los actores sociales que implican significados culturales, estados afectivos, papeles y tipos ideales”. Tomando en cuenta lo que menciona el autor, podemos inferir que el juicio social se materializa a través del estigma, el estigma constituye la etiqueta negativa que se le asigna al individuo como resultado del juicio social. Según García (2019), Srambler en 1989 establece la importancia de distinguir entre el estigma percibido (“enacted”) y el estigma sentido (“felt”): El estigma percibido es un tipo de juicio externo que hace referencia a las manifestaciones de rechazo o discriminación ejercidas en este caso sobre el cuidador principal. Mientras que, el estigma sentido, es el miedo a ser discriminado.

Por otro lado, Corrigan & Watson (2002), hacen referencia al Estigma público y el Autoestigma:

Estigma público: Es la reacción que la población general tiene hacia las personas de cierto grupo, en este caso los cuidadores de niños quemados.

Autoestigma: Vendría a ser el prejuicio de los cuidadores vuelven contra sí mismos.

Tomando en cuenta los conceptos antes mencionados, se puede establecer que el juicio social constituye la base en la cual se forman los diferentes tipos de estigma. El estigma público (externo), hace referencia a expresiones sociales que discriminan, etiquetas negativas, actitudes, conductas o prácticas discriminatorias que la sociedad ejerce contra un determinado grupo de personas. Afectando su imagen y la forma en la que es percibido por terceros, pero esto no es todo. Además, se puede encontrar el autoestigma que surge cuando la persona internaliza estos juicios sociales negativos, aceptándolos como propios, es decir, que es consecuencia directa de un entorno social que produce el juicio social negativo. En el contexto hospitalario se puede encontrar el estigma en salud, donde el lenguaje técnico o la actitud del personal sanitario cosifica al cuidador, tratándolo como un “instrumento de cuidado” bajo sospecha, reforzando la etiqueta de negligencia desde una posición de poder. Finalmente, podemos resumir que el juicio es la base de la generación del estigma, y comprender esta relación es esencial para concientizar en los siguientes puntos su incidencia en el estado emocional de los cuidadores.

#### ***Fuentes del juicio social (personal de salud, familiares, entorno social).***

Como se ha podido observar, el juicio social no surge de manera aislada, es un constructo social elaborado por el entorno del individuo. En el caso de los cuidadores de niños quemados las fuentes del juicio social suelen ser: principalmente del personal de salud (doctores, enfermeras, entre otros), el núcleo familiar y el entorno social más amplio como los amigos y vecinos.

Desde un inicio en la hospitalización del niño, el personal médico asume un rol de autoridad y conocimiento frente a los cuidadores. El personal realiza diversas preguntas en torno al niño/a que pueden ser interpretadas como evaluaciones implícitas sobre su capacidad como cuidador. Como se profundizará más adelante, se llevó a cabo una encuesta a cuidadores de niños hospitalizados en el área de quemados de un hospital pediátrico, donde el 31.3% establece lo siguiente: “*Los doctores me han acusado de negligente*”. Perea et al. (2007) define “negligencia” como “la incapacidad que tiene un cuidador de procurar a un niño las condiciones sanitarias, educativas, de

desarrollo psicológico, nutrimentales, de alojamiento y protección frente a cualquier peligro, que es capaz de proporcionar” (p. 193). Como se ha mencionado en los primeros capítulos, el personal de salud debe identificar si hubo negligencia de parte del cuidador o no, por lo cual, en muchas ocasiones, los cuidadores se sienten juzgados.

Por otro lado, la familia es una fuente significativa como sistema de apoyo tanto para el niño como para el cuidador. Realmente el impacto de la hospitalización y del accidente en el cuidador va a depender de la edad del niño, el grado de la herida y de su capacidad de afrontamiento. Según establece Guerrero (2002), entre los más afectados llegan a ser los padres, y todo su núcleo familiar:

"De manera que la enfermedad puede desencadenar una crisis para el niño y para cada uno de los miembros de la familia, dependiendo de la percepción sobre la enfermedad, del apoyo que dispongan y de las habilidades previas para enfrentar las dificultades” (p. 25).

Destacamos el hecho de que va a depender del “*apoyo que dispongan*”, para el cuidador es muy importante contar con la red de apoyo familiar. Ante todo, las investigaciones demuestran que el cuidador teme no solo al juicio de la sociedad, sino también de sus propios familiares, como hermanos, padres o incluso su pareja. En el artículo titulado Estigma familiar percibido por los cuidadores primarios de personas con enfermedad mental, se puede observar que muchas veces la familia llega a juzgar debido a la falta de consciencia en relación al esfuerzo que el cuidado conlleva (Bequis et al., 2019).

Al hacer referencia al entorno social, es dirigido también a los vecinos, amigos, en sí, a los miembros de una comunidad. La existencia de miradas, rumores, comentarios o distanciamientos forman parte del juicio social. En el libro Madres arrepentidas: Una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales, se hace referencia a lo que la sociedad espera tanto del padre como de la madre (en mayor medida de las madres), menciona el hecho de que la sociedad asume que las madres se deben sentir realizadas a través de la abnegación, que su tiempo, cuerpo y deseos pasen a un segundo plano frente a las necesidades de sus hijos (Donath, 2016). En el contexto del cuidador del niño quemado, para el entorno social puede haber una “falacia de la abnegación”, se espera que los padres sean seres omnipresentes, si el

niño ha sufrido un accidente es porque no hubo el cuidado suficiente. Y al momento de la hospitalización, el cuidador si adopta el dejarse en segundo plano, ante un sentimiento de culpa.

Aquí cobra relevancia ‘la mirada del otro’, haciendo referencia a que el cuidador se siente observado y evaluado, incluso cuando no lo está. Generando una presión social definida como la influencia coercitiva que ejerce el grupo para que el individuo se ajuste a las expectativas idealizadas de su rol como cuidador, castigando cualquier desviación, ante “mayor presión social, menor capacidad para tomar decisiones” (Vargas & Cano, 2024). Como se puede observar, el individuo percibe el juicio social de distintas fuentes significativas en su vida. al no cumplir con sus expectativas como cuidador. Y en conjunto, este contexto social profundiza el estigma y afecta los procesos de afrontamiento del cuidador, impactándolo a nivel emocional y social.

### ***El estigma asociado a las quemaduras***

Anteriormente se ha mencionado el concepto de estigma, y se puede afirmar que la sociedad tiene un “molde”, es decir, que establece lo que es percibido como normal, y si algo sale de este campo de normalidad, habrá un rechazo. El estigma no surge en base a la lesión del niño, este surgirá en base a la interpretación de la sociedad en torno al rol que el cuidador tuvo ante este accidente. Según Goffman (2006):

“La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar” (p. 12).

Basándonos en lo mencionado por Goffman, la sociedad maneja cierta expectativa de un cuerpo sano, la quemadura, si es visible, rompe esta categorización de lo común, alertando al entorno social. En el estudio Diagnóstico sobre estigma y discriminación del entorno social hacia los niños con quemaduras de una organización no gubernamental, se obtuvo como resultado que “las personas manifestaron que tienen comentarios o reacciones negativas hacia otras que se ven físicamente diferentes debido a creencias disfuncionales sobre la diversidad” (Málaga et al., 2024, p. 8). Cuando el niño presenta cicatrices, deja de entrar en la categoría de “niño sano”, y

como afirman los autores del estudio, se lo percibe como un sujeto vulnerable. Al ser un individuo dependiente, la sociedad atribuye la responsabilidad al cuidador principal, o a sus padres. El estigma, se desplaza también al rol del cuidador. Por ende, se podría decir que estas lesiones visibles llegan a ser como una denuncia pública, se asume que el niño no está sano debido a un cuidado ineficiente de parte del adulto responsable, etiquetándolo como negligente. En especial en el contexto ecuatoriano, donde se ha destacado en investigaciones nacionales que el mayor porcentaje de quemaduras en niños, se han llevado a cabo en casa debido a la falta de una supervisión adecuada de un adulto (Acosta et al., 2022; Torres & Saraguro, 2023).

### **Incidencia del Juicio Social en la Esfera Cognitiva, emotiva y fisiológica del Cuidador**

Una vez comprendidas las bases teóricas del juicio social, es necesario analizar de qué manera estos procesos sociales inciden en la experiencia subjetiva del cuidador. Como se estableció anteriormente, el juicio social no solo opera a nivel externo, la persona lo percibe, lo interpreta y lo internaliza, generando repercusiones más allá del nivel cognitivo y emocional, sino también, fisiológico. Se analizará de qué manera esta atribución de responsabilidad y mirada social de aspecto negativo funcionan como activadores de creencias irracionales o distorsiones cognitivas, que afectan la autoimagen y la autoestima e intensifican emociones como la culpa preocupación y tristeza, como también, la respuesta fisiológica asociadas a la ansiedad social. El análisis llevado a cabo en este subtema permitirá comprender este impacto integral del juicio social en el bienestar del cuidador.

#### ***El cuidador como "responsable": Profundización de las distorsiones cognitivas.***

Durante esta investigación se ha profundizado el rol del cuidador principal, en especial, en el caso de los niños hospitalizados por quemaduras. Desde un inicio, se menciona el hecho de que los niños al ser personas dependientes, la responsabilidad recae en el adulto o cuidador. Principalmente cuando el niño sufre un accidente, se señala al cuidador como “responsable”, por lo cual, se genera una carga de juicios negativos de parte de la sociedad. El juicio social como se ha podido observar se es percibido e internalizado por el cuidador. Retomando la TREC, el juicio social actuaría como un “acontecimiento activador”, según Díaz et al. (2017):

Cuando los individuos intentan conseguir sus metas, en los distintos ambientes que conforman su entorno, se van encontrando con acontecimientos activadores (A) que le permiten o dificultan la consecución de sus metas en función de las valoraciones que realicen de estas situaciones estimulares (p. 340).

Los autores lo establecen para explicar que estos acontecimientos activadores disparan creencias irracionales específicas. El cuidador pasa de evaluar el accidente como un suceso desafortunado a evaluarse a sí mismo (e.g. *¿soy una mala madre?*). A partir de lo antes mencionado se explicará la relación directa entre juicio social, el pensamiento automático y la distorsión cognitiva subyacente, en la Tabla 2:

**Tabla 2**

Relación entre Juicio Social, Pensamiento Automático y Distorsión Cognitiva en cuidadores.

<b>JUICIO SOCIAL PERCIBIDO</b>	<b>PENSAMIENTO AUTOMÁTICO</b>	<b>DISTORSIÓN COGNITIVA/ CREENCIAS IRRACIONALES (TREC)</b>
"Los doctores me han acusado de negligente"	"Debí haberlo evitado"	<b>Demanda o exigencia:</b> Utiliza la palabra "debí" imponiendo una regla o exigencia absoluta.
"Me culpan directamente por lo sucedido"  "Consideran que no estoy cuidando adecuadamente al niño"	"Soy culpable"	<b>Depreciación o condena global de la valía humana:</b> El cuidador se califica a sí mismo de una forma totalitaria y negativa a partir de un solo evento.

<p>“Creen que no hago suficiente”</p> <p>“Creen que fui descuidado/a”</p>	<p>“Que el niño vuelva a quemarse”</p> <p>“Siento que voy a estar siempre preocupada porque no le pase nada”</p>	<p><b>Catastrofismo:</b> El cuidador tiende a esperar lo peor, que vuelva a suceder en un futuro, percibiendo estos eventos futuros como insoportables.</p>
<p>“Que no estaba pendiente de mis hijos”</p>	<p>“Ya no los voy a dejar al cuidado de otros”</p>	<p><b>Baja Tolerancia a la Frustración:</b> Como es insoportable sentir la presión del juicio social, no lo tolera y corta de raíz dejando de pedir ayuda.</p>

*Nota* Elaborado por las autoras

La tabla 2 fue elaborada en base a las respuestas obtenidas en encuestas aplicadas a cuidadores de niños hospitalizados por quemaduras en un hospital pediátrico. A partir de sus testimonios, fue posible identificar y evidenciar de qué manera el juicio social influye en la activación de esquemas cognitivos disfuncionales, detonando pensamientos automáticos y creencias irracionales que no solo distorsionan la autopercepción del cuidador, sino que desestabilizan su estado emocional. Desde la TREC no es el juicio social (A) el que perturba al cuidador, sino sus creencias irracionales sobre ese juicio. El cuidador mantiene distorsiones cognitivas de exigencias y condena. La TREC nos permitió identificar y analizar a través del modelo ABC las creencias irracionales que predominan en el cuidador tras percibir el juicio social. De esta manera nos permite visualizar cómo el cuidador procesa la culpa, sin embargo, cabe recalcar que en esta investigación, la propuesta de intervención no busca debatir o cambiar el contenido de estos pensamientos de forma directa.

***Influencia del juicio social en la esfera emocional: la autoimagen y la autoestima y su relación con la intensificación de la culpa, la preocupación y la tristeza.***



La autoestima es la valoración que la persona se atribuye a sí misma, refiriéndose a la autovalía o autoimagen, que reflejará confianza y satisfacción de sí mismo (Naranjo, 2007). Es importante destacar que la autoestima se configura tanto por factores internos como por factores externos. Entre los factores internos encontramos las ideas, creencias, prácticas o conductas que residen en el individuo, mientras que, los factores externos están conformados por aquello que le es transmitido por personas significativas al individuo, a través de la comunicación verbal y no verbal (como los padres, educadores, amigos, etc.) (De Mézerville, 2004).

Por otro lado, Naranjo (2007) establece que la autoimagen “no es un aspecto estático, incluye el conocimiento propio basado en experiencias pasadas, al igual que las concepciones que la persona va elaborando sobre su posible evolución futura” (p. 10). Generalmente, una baja autoestima está ligada a una baja autoimagen. Según Buitrago & Sáenz (2021), “La autoimagen tiene que ver con un modelo de apreciación aceptable que integra la motivación de sí mismo, el conocimiento y el papel que juegan los valores y sentimientos en cada persona” (p. 5). Además, los autores hacen también referencia a Hill, que en 2013 estableció lo siguiente:

La autoimagen se integra por la percepción física, los roles sociales y los rasgos personales, no obstante, es común que esta representación sea desacertada o sesgada y por lo tanto, incida de manera negativa en lo que las personas pueden o no llegar a hacer (p. 4).

Por lo cual, podemos describir la autoimagen como un mapa mental de uno mismo, y la función de la autoestima por su lado, será asignarle el valor a este mapa. Si la imagen que uno tiene de uno mismo está distorsionada, traerá como consecuente una valoración negativa, y por ende, una baja autoestima. Como se ha establecido anteriormente, la autoestima reflejara la confianza del individuo frente a su contexto.

Enfocándonos en el caso del cuidador, como se ha venido comentando, este percibe haber “fallado” en su rol, no cumplió con los estándares del cuidado y protección. La influencia del juicio social en la autoimagen y autoestima es determinante, ya que, actúa como un filtro que redefinirá el concepto que el cuidador tiene de sí mismo. Cardenal & Díaz (2000), demuestran la existencia de una asociación significativa entre el juicio social y la configuración de la autoestima, donde la

autoimagen es vulnerable a la valoración externa (la aceptación y el cumplimiento de roles). Es decir, el juicio social ante una situación de vulnerabilidad podría llegar a moldear la autoimagen, y en este caso ante un entorno que emite juicios de negligencia, va a incidir de manera negativa en lo que el cuidador se siente capaz de hacer, percibiéndose como “insuficiente”.

Ante una incidencia negativa en la autoimagen y autoestima, se intensifican las esferas emocionales del malestar. Tomando en cuenta los resultados de las encuestas, las emociones que predominan son: la preocupación, la tristeza y la culpa.

Desde el momento que ocurrió el accidente, los cuidadores se han sentido culpables, debido a que creen ser responsables del suceso y que hubieran podido evitarlo. Esta emoción se nutre de la percepción de haber fallado como cuidador, lo que ha llevado a internalizar la etiqueta de “negligentes”. Según Etxebarria (2003) “Los efectos patológicos de la culpa, señalados una y otra vez por los clínicos, se producen cuando ésta aparece fusionada con la vergüenza. Es entonces cuando la culpa lleva a la rumiación obsesiva y al autocastigo” (p. 25). Por ende, la culpa actúa como un autocastigo, centrado en el error cometido. Mientras que, la vergüenza se redirige al hecho de verse como irresponsable y sentirse evaluado negativamente por el otro. Es aquello, lo que conlleva a que el cuidador tienda a acudir a conductas de evitación. El cuidador no solo llega a juzgarse debido a lo sucedido, sino que también se percibe como incapaz de afrontar el futuro, a partir del juicio social. Esta inseguridad, actúa como detonante principal para la preocupación constante.

La preocupación fue la emoción con mayor frecuencia en la encuesta, dada por una pérdida de confianza en sí mismo, definida por la baja de la autoestima y autoimagen. Prevalece una preocupación constante y ansiedad, nutrida por el miedo de que otro incidente grave le vuelva a suceder al niño. Como se estableció en el punto 2.1., hay una relación significativa entre el juicio social y la distorsión cognitiva. Ante una irrupción en el autoestima y autoimagen del cuidador (debido al juicio percibido), se presentan pensamientos de carácter catastrofista sobre el futuro, el cuidador teme constantemente que el niño sufra nuevamente. Lo cual conlleva a actitudes de hipervigilancia, como un intento de recuperar el control y evitar juicios.

Finalmente, es inevitable el hecho de que el cuidador se sienta triste y frustrado ante el sufrimiento del niño. Sin embargo, también se produce a partir de otros factores... existe un duelo de la imagen del “cuidador ideal” (autoimagen). Goffman (2006), hace referencia a la identidad deteriorada, generada por el juicio social negativo, por ende, la tristeza se ve vinculada a la vergüenza de no cumplir con los estándares. Posterior al suceso, hay un deterioro de la percepción de autoeficiencia como cuidador, hay un sentimiento de derrota, siente haber fallado en su rol, debido a juicios externos e internos. Por lo tanto, la tristeza no solo surge del dolor físico del niño, sino también de la pérdida de confianza en sí mismo, dificultando su capacidad para proyectarse como un cuidador competente.

El juicio social influye en la autoimagen y autoestima del cuidador de manera negativa y directa, lo cual intensifica la tristeza, la culpa y la preocupación en el cuidador. Esto configura un cuadro de sobrecarga emocional crónica en el cuidador, que, al ser testigo directo del dolor del niño, de los procedimientos invasivos, desarrolla un estrés traumático secundario (Moreno et al., 2004). Este fenómeno sumando el desgaste por empatía, agota sus recursos psíquicos, ya que la fatiga derivada de la conexión afectiva con el menor junto a la presión del juicio social genera un estado de vulnerabilidad que dificulta el bienestar personal. Las repercusiones trascienden la esfera emocional, manifestándose respuestas fisiológicas y conductuales.

***Respuestas fisiológicas de ansiedad social: la Somatización ante la anticipación del juicio.***

La experiencia de cuidar a un niño hospitalizado por quemaduras se ve afectado no solo por el sufrimiento emocional propio del evento traumático, sino también por la percepción que hay del juicio social proveniente del entorno en el que se encuentra. La mirada de la sociedad, a veces real, a veces imaginada, se convierte en una fuente de tensión a nivel psicológico, lo que se transfiere a respuestas fisiológicas propias de la ansiedad social. En este proceso el cuerpo se transforma en un mensajero, donde el malestar psíquico es expresado a través de síntomas somáticos, especialmente cuando se reciben evaluaciones negativas por parte de los otros.

A breves rasgos, la ansiedad social es descrita como un temor persistente a ser evaluado negativamente por las demás personas, lo que genera el estado de alerta constante frente a situaciones de exposición interpersonal. De esta misma forma lo añaden Clark & Wells (1995), “la anticipación del juicio activa respuestas fisiológicas intensas que refuerzan la respuesta recepción de amenaza social”.

La somatización aparece como la vía más frecuente de expresión del malestar emocional, funciona como un espejo: si la ansiedad no logra ser verbalizada o tramitada adecuadamente, se traspa al cuerpo. Lipowski (1998) define la somatización como “la tendencia a experimentar y comunicar malestar psicológico en forma de síntomas físicos”. En los cuidadores de niños quemados, esta manifestación es observable en síntomas como cefaleas tensionales, molestias gastrointestinales, palpitations, opresión torácica, alteraciones del sueño y de la sensopercepción, los que suelen identificarse ante situaciones de exposición social, incluyendo las visitas posteriores al hospital, interacción con el personal de salud, encuentros con familiares y conocidos.

Desde lo psicofisiológico, la activación frecuente del sistema nervioso autónomo frente a la presencia de estrés social sostenido favorece a que estos síntomas se vuelvan crónicos. Para Barlow (2002) “la ansiedad prolongada mantiene al organismo en un estado de hiperactivación que facilita la aparición de síntomas somáticos”. Por esto el juicio social no solo afecta el bienestar emocional del cuidador, sino también compromete su salud física, creando un círculo vicioso desde el malestar corporal y refuerza la percepción de vulnerabilidad psicológica.

Que exista una comprensión a estas respuestas fisiológicas resultar de vital importancia para el abordaje clínico, permite reconocer que la somatización no es aislada, sino una expresión directa del juicio social y una respuesta física a algo emocional. Identificar de manera temprana posibilita las intervenciones que implican el trabajo emocional y corporal, favoreciendo una regulación adaptativa de la ansiedad social.

## **Impacto del Juicio Social en las Estrategias de Afrontamiento e Implicaciones para la Intervención Psicológica**

El juicio social que es percibido por los cuidadores tiene una incidencia sobre la estrategia de afrontamiento que escogen adoptar. La idea de ser observados todo el tiempo condiciona la forma en que los cuidadores viven la experiencia y responden a nivel emocional y conductual a ella.

Lazarus y Folkman (1984) describen el afrontamiento como “Los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar demandas específicas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo”. Estando en presencia del juicio social, los cuidadores priorizan las estrategias que se orientan hacia la evitación y el control de la imagen social que proyectan, incluso más que al procesamiento del evento traumático, traduciéndose en conductas defensivas que buscan reducir la exposición al juicio social a costa de un mayor aislamiento emocional.

El miedo a la estigmatización suele reforzar sentimientos de vergüenza y culpa, emociones que, en palabras de Tangney y Dearing (2002) “favorecen respuestas de retirada, ocultamiento y autocrítica severa”. En este contexto, el afrontamiento se ve condicionado por la necesidad de protegerse de la angustia y dolor que puede generar la mirada social, esto puede limitar la búsqueda de apoyo y puede ser un obstáculo para la elaboración psicológica.

Desde el análisis clínico, este impacto del juicio social conlleva importantes desafíos para intervenir a nivel psicológico. Es esencial comprender el contexto social y promover espacios donde existe validación emocional para ellos, lugar donde el juicio social sea reemplazado por la comprensión, por esto, también decidimos realizar grupos focales de cuidadores, para que la experiencia de hablar de su vivencia conlleve una carga emocional menor y se sientan comprendidos al estar acompañados de otros cuidadores que comparten y validan sus emociones.

***Conductas de evitación social y aislamiento: Sobreprotección del niño como mecanismo de defensa contra el juicio.***

El juicio social se manifiesta de muchas formas en los cuidadores, una de las más frecuentes es la conducta de evitación social y el aislamiento progresivo. Esta conducta aparece como una defensa ante el miedo a la crítica, estigmatización o a que le atribuyan la culpa por lo ocurrido con el niño. La evitación puede dar la sensación de que funciona para mitigar la ansiedad, no obstante, tiene repercusiones negativas a nivel emocional para el cuidador y el niño.

La evitación social es uno de los componentes más comunes y mejor entendido dentro de la ansiedad social. Para Rapee y Heimberg (1997) “La evitación reduce temporalmente la ansiedad, pero mantiene y refuerza el miedo al juicio social a largo plazo”. En los cuidadores de niños hospitalizados, esta evitación puede notarse cuando hay una reducción notable en la interacción social, limitan las visitas y en algunos casos, hay un distanciamiento de las redes de apoyo.

La evitación también puede verse en la sobreprotección del niño, la cual se toma como un mecanismo de defensa ante el juicio social. De esta forma intentan limitar la exposición del niño al entorno social, el cuidador busca aislar al niño de preguntas incómodas, miradas inquisitivas o comentarios que generen sentimientos de vergüenza o culpa. Sobre esto Parker (1983) agrega “La sobreprotección parental puede emerger como una respuesta al miedo y la ansiedad, más que como una conducta basada en las necesidades reales del niño”.

Un aspecto particular de esta evitación es la sobreprotección del niño, la cual funciona como un mecanismo defensivo frente al juicio externo. Al restringir la exposición del niño al entorno social, el cuidador intenta evitar miradas inquisitivas, preguntas incómodas o comentarios que reactiven sentimientos de culpa y vergüenza. Según Parker (1983), “la sobreprotección parental puede emerger como una respuesta al miedo y la ansiedad, más que como una conducta basada en las necesidades reales del niño”.

Aunque esta sobreprotección podría pasar por comprensible por la situación de la hospitalización, el mantenimiento a largo plazo puede afectar el desarrollo emocional y social del niño, además que se refuerza la ansiedad del cuidador. Desde la perspectiva clínica, es de vital importancia ayudar a los cuidadores a identificar estas

conductas defensivas, comprender cuál es su función, para después trabajar en la creación de límites flexibles y adaptativos.

### ***La culpa y La vergüenza: una visión desde la ACT.***

La culpa es una de las emociones que protagonizan los cuidadores de niños hospitalizados por quemaduras, especialmente cuando se exponen al juicio social. Esta culpa muchas veces alimentada por una creencia de que tienen la responsabilidad absoluta de lo sucedido, lo que puede convertirse en un obstáculo para poder elaborar y transitar la experiencia a nivel emocional. Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) la culpa y la vergüenza experimentada por los cuidadores se entiende como el resultado de la fusión cognitiva con pensamiento autocríticos y del intento de evitar emociones dolorosas, lo que incrementa el sufrimiento.

Si vamos a lo textual y lo comprendido por todos, la culpa se puede definir como una emoción que surge al momento que el individuo considera que ha transgredido una normal social o personal. Para Lewis (1971) “La culpa implica una evaluación negativa de la conducta propia y suele ir acompañada de autocrítica intensa”. En este caso centrándonos en los cuidadores, esta emoción se ve reforzada por discursos sociales que responsabilizan a los padres de cualquier daño que haya sufrido el niño.

Desde la ACT, el malestar del cuidador se intensifica debido a la ausencia de flexibilidad psicológica. El juicio social actúa como catalizador de la fusión cognitiva, el cuidado no “tiene” un pensamiento de culpa, sino que “es” la culpa. Se fusiona con etiquetas como “negligente”, y queda atrapado en una lucha contra la realidad de lo que ya ocurrió en el pasado. Según Luciano & Valdivia (2006):

Estar fusionado a los contenidos cognitivos es actuar sin la perspectiva que permite ser consciente de todos ellos y, por tanto, sin situarse en la posición desde la cual se puede elegir hacerles caso según convenga a la trayectoria personal de valor (p. 87).

Aquello se vuelve patológico cuando el cuidador entra en un bucle de evitación experiencial, donde intenta huir o suprimir el dolor del error mediante el autocastigo, se genera una rumiación constante sobre eventos que no se pueden cambiar, y existe

un castigo verbal donde el cuidador se infringe a sí mismo bajo la creencia de que debe reparar el daño causado. El cuidador no juzga el evento, sino que se define globalmente a través del juicio, y la vergüenza es el principal motor de la evitación social, el cuidador se esconde para no ser “descubierto” por la mirada del otro, limitando su repertorio conductual y asilándose de sus redes de apoyo. A diferencia de la culpa, la vergüenza ataca el “ser”, es decir, el cuidador “es” negligente. Se fusiona con un yo conceptualizado rígido y negativo. Cuando la identidad del cuidador se reduce a esa etiqueta, la mirada del otro torna insoportable. Para la ACT el problema no es que exista un sentimiento de culpa, sino cómo el cuidador se relaciona con ella, al intentar evitar estas emociones dolorosas cae en una inflexibilidad intensificando su malestar. Por ende, no se busca eliminar la culpa, sino promover la desculpabilización a través de la defusión cognitiva, como establecen las autoras Luciano & Valdivia en 2006 “no se trata de cambiar o reducir los pensamientos/sensaciones/recuerdos molestos sino que se trata de alterar su función y de generar flexibilidad en la regulación del comportamiento” (p. 86). Desculpabilizar va a involucrar aprender a observar sus pensamientos de culpa y autocastigo como eventos mentales (e.g. “estoy teniendo el pensamiento de que fallé”, y no como verdades absolutas). Esta distinción es importante para que el cuidador no caiga en el “es” la culpa, y recupere la libertad para actuar conforme a sus valores a pesar de que lo ocurrido siga siendo doloroso. Las autoras mencionan que la ACT busca generar un repertorio extenso de acciones encaminadas a avanzar hacia metas inscritas de alto valor personal, mas no por la presencia de ciertos estados cognitivos y emocionales valorados como negativos (dolor, ansiedad, tristeza, miedo, etc.). De esta manera, sostendría “la culpa”, no como síntoma incapacitante, sino que sería consciente de que, lo que le limita la vida es la actuación fusionada a los significados literales de estos pensamientos. En lugar de huir del juicio social, el cuidador se enfocaría en lo que sí puede controlar, que es el bienestar presente y el acompañamiento en la recuperación de su hijo.

La clave no está en las técnicas/métodos per se, sino en su fin claramente especificado: generar flexibilidad de actuación donde había rigidez problemática, o sea dejar que surjan los pensamientos, emociones, etc., y tomar la dirección de la aceptación –y no del control- de los mismos en el marco del compromiso personal del paciente con lo que valora. (Luciano & Valdivia, 2006, p. 87).



### ***Intervenciones basadas en la exposición y aceptación (desde ACT).***

Como se ha mencionado antes las autoras Luciano y Valdivia (2006), la Terapia de Aceptación y compromiso (ACT) no se centra en cambiar el contenido de los pensamientos, sino en alterar su función.

Desde la ACT, el abordaje se fundamenta en desarrollar flexibilidad psicológica, comprendida como “Capacidad de actuar conforme a los valores personales, aún en presencia de experiencias internas aversivas” (Hayes et al., 2014). Además, los autores agregaron que “El objeto de ACT no es eliminar el malestar, sino cambiar la relación con él, para que la persona pueda vivir una vida significativa” (p. 32). Este abordaje resulta efectivo y necesario en cuidadores que experimentan culpa, miedo anticipado y vergüenza ante la posibilidad del juicio social, emociones que tienden a resultar en aislamiento, evitación y sobreprotección del niño. Para lograr esta flexibilidad, la intervención se estructura bajo el modelo del Hexaflex, como se ha mencionado en el anterior capítulo, integra los 6 procesos fundamentales de la ACT: aceptación, defusión cognitiva, mindfulness, el yo como contexto, los valores y la acción comprometida.

La aceptación implica el interés de conectar los pensamientos con las emociones sin suprimirlos o controlarlos. Según Hayes et al. (2014), “aceptar significa rendirse al esfuerzo inútil de controlar la experiencia interna” (p. 45). Se deja de invertir energía en el esfuerzo inútil por no sentir angustia o borrar el pasado, y se busca que haya una apertura voluntaria y activa a experimentar estas emociones sin intentar reprimirlos o evitarlos, es ser conscientes de que el verdadero problema es la lucha constante por no sentir lo ya está ahí. En este caso los cuidadores de niños hospitalizados por quemaduras están en constante exposición al juicio social, y la aceptación disminuye la culpa y la autoexigencia del cuidado, lo que favorece a la toma de decisiones más coherente que se ajusten a valores parentales como protección, apoyo emocional, autonomía y bienestar del menor.

Para facilitar este proceso, se interviene directamente a través de la defusión cognitiva, con el objetivo de debilitar la literalidad del lenguaje que atrapa al cuidador (Luciano & Valdivia, 2006). La difusión cognitiva “Nos ayuda a ver los pensamientos como pensamientos, no como hechos” (Twohig & Levin, 2017). En el juicio social

estos pensamientos pueden ejemplificarse como *“todos piensan que soy mala madre”*, y la intervención entrena al cuidador para observarlos como pensamientos, que no definen su identidad ni tienen porque dictar sus acciones en el presente. Con la practica la defusión y el anclaje al presente con el mindfulness, cuidador logra tomar distancia de los juicios sociales internalizados, permitiéndose observar el pensamiento sin que tenga el poder de paralizar su conducta.

Finalmente, este cambio en la relación con lo que piensa permite avanzar hacia la exposición. La exposición no se utiliza en el ACT únicamente para reducir la ansiedad, sino para que exista una apertura a identificar experiencias relacionadas al juicio social. Twohig & Levin (2017) concuerdan en que *“La exposición en ACT consiste en acercarse a lo temido sin intentar cambiar la experiencia interna”* (p.71). Se utiliza para que el cuidador se acerque a las situaciones que teme, como la mirada del personal médico, las preguntas de familiares o el contacto con las secuelas físicas del niño. La exposición en el marco de la ACT no busca que la ansiedad o la vergüenza desaparezcan por habituación, sino que desarrolle la capacidad de estar presente (mindfulness) con esa incomodidad mientras se encamina a lo que es valioso. El objetivo es que el cuidador pueda elegir llevar a su hijo a sus tratamientos o integrarse a espacios sociales aceptando la presencia de emociones dolorosas, sin que éstas se tornen en barreras. En los cuidadores que evitan situaciones públicas, estas exposiciones pueden conllevar asistir a eventos sociales, reuniones familiares, aceptar retroalimentación del equipo médico o poder exponerse al juicio social sin responder con aislamiento o sobreprotección.

Cabe destacar que esta disposición a la apertura solo será posible mediante la clarificación de valores, que actúan como el eje motivador de la terapia. Debe identificar qué tipo de cuidador desea ser, permitiéndole encontrar el *“porqué”* lo suficientemente poderoso para enfrentar la mirada ajena. Así la desculpabilización no ocurre porque el pensamiento desaparezca, sino porque el compromiso con el bienestar del niño se vuelve más relevante que la necesidad de evitar el juicio. Así, la intervención culmina en una acción comprometida donde el cuidador recupera su autonomía, actuando bajo el valor de la protección y acompañamiento afectivo, más no, bajo el miedo al estigma o la necesidad de evadir su propia experiencia interna

### ***Fomento de redes de apoyo y grupos de pares.***

El juicio social puede evidenciarse cuando el cuidador se enfrenta al proceso de crianza o cuidado desde la soledad o la discriminación, como se ha podido evidenciar en la sentencia encuesta realizada a 10 cuidadores de niños hospitalizados en el área de quemados del hospital infantil, hay mucha preocupación y carga de responsabilidad en cuidadores de niños con necesidades específicas, cuidados de vigilancia continua o cualquier situación que implique que exista un estigma o una crítica social, como el caso de los niños con quemaduras. Como lo aborda Walsh (2016), la existencia de redes de apoyo informales como la comunidad o grupos de pares, reduce un malestar a nivel emocional, porque existe una validación de la experiencia y se aleja esta noción de soldar previamente planteada, las redes familiares y comunitarias ofrecen contención emocional y recursos prácticos que mitigan la vulnerabilidad de las familias en crisis.

Tomando esto en cuenta, los grupos de pares, refiriéndonos a cuidadores, padres o familiares, funcionan terapéuticamente al validar la experiencia y llevan a la reducción del pensamiento de que son un caso único o cuidadores defectuosos. En la revisión del artículo escrito por Gray (2006), se halló evidencia de que compartir la experiencia entre cuidadores facilita la aceptación del diagnóstico y evita que se internalice la estigmatización. En la experiencia clínica, estos espacios aportan algo que los profesionales no pueden: identificación “*Lo que te pasó a ti, me pasó a mí*”, lo que entenderíamos como freno de la ansiedad anticipatoria abordada en el capítulo 2, además estas redes de apoyo brindan al cuidador fuerza para enfrentar situaciones sociales que hayan sido evitadas.

Todo esto se evidencia en los resultados de la encuesta realizada a los cuidadores, que serán analizados a profundidad en el capítulo 5, pero, sin embargo, para efectos de evidencia, en esta encuesta se corrobora que los cuidadores perciben como la mayor red de apoyo al núcleo cercano, familia que vive en la misma casa y los otros cuidadores, es decir, los pares. Y el juicio social provenía en mayor escala de los no convivientes: familia ampliada, vecinos y personal de la salud, lo que fortalece que el núcleo tiene rol protector para los cuidadores.

Desde la psicología de la intervención, Brooks et al. (2020) evidencia que los grupos de apoyo guiados por un profesional evidencian eficacia en reducción de la culpa parental, alivian el estrés y pueden intervenir en la percepción de aislamiento que tiene los cuidadores de niños con diagnósticos médicos complejos o en estado post quirúrgico.

El enfoque grupal orientado desde la ACT les permite a los cuidadores trascender el aislamiento impuesto por el estigma social y fomentar la validación y normalización de sus eventos internos. El grupo actúa como un catalizador de defusión cognitiva, el apoyo de pares no solo reducirá la carga emocional, sino que también reorienta al cuidador hacia la acción comprometida, que retome sus valores de crianza y protección desde una postura de flexibilidad y compasión.

## **CAPÍTULO 4**

### **Metodología**

#### **Enfoque**

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque mixto de tipo concurrente. De acuerdo con Creswell (2009):

Los procedimientos de métodos mixtos concurrentes son aquellos en los que el investigador converge o fusiona datos cuantitativos y cualitativos con el fin de proporcionar un análisis exhaustivo del problema de investigación. En este diseño, el investigador recopila ambos tipos de datos al mismo tiempo y luego integra la información en la interpretación de los resultados generales. Además, en este diseño, el investigador puede integrar un tipo de datos más pequeño dentro de otra recopilación de datos más grande con el fin de analizar diferentes tipos de cuestiones (los cualitativos abordan el proceso, mientras que los cuantitativos, los resultados). (p. 31)

El objetivo de la investigación era analizar la incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados ingresados en un hospital infantil, con el fin de aportar información relevante que permita orientar futuras intervenciones psicológicas de apoyo. Por lo cual, este enfoque permitió profundizar en la experiencia subjetiva de los participantes, comprender la naturaleza de su angustia y las carencias del sistema actual de apoyo, respaldado con la recolección de datos empíricos y cuantificables que aportan validez estadística a los hallazgos. Lo cual fue fundamental para diseñar una propuesta que respondiera a sus necesidades reales.

#### **Paradigma**

Se adoptó el paradigma pragmático:

El pragmatismo como cosmovisión o filosofía surge de acciones, situaciones y consecuencias más que de condiciones antecedentes (como en el pospositivismo). Se preocupa por las aplicaciones —lo que funciona— y las

soluciones a los problemas. En lugar de centrarse en los métodos, los investigadores hacen hincapié en el problema de investigación y utilizan todos los enfoques disponibles para comprenderlo. (Cresswell, 2009, p. 213)

Permitió centrarse en el problema de investigación y considerar la realidad de los cuidadores como multidimensional. Se compuso tanto de variables objetivas y medibles como de las experiencias subjetivas significativas, el pragmatismo valida la integración de métodos, para, en este contexto, comprender las perspectivas y estrategias de afrontamiento de los cuidadores, con el fin de elaborar soluciones prácticas e intervenciones psicológicas efectivas.

## **Método**

Se llevó a cabo un estudio no experimental, de corte transversal, y descriptivo-analítico. En esta investigación no se manipuló ninguna variable, la recolección de datos se realizó durante la hospitalización de los niños permitiendo describir la relación entre el juicio social percibido y el estado emocional de los cuidadores. Según Abreu (2014), en el método descriptivo se “busca un conocimiento inicial de la realidad que se produce de la observación directa del investigador y del conocimiento que se obtiene mediante la lectura o estudio de las informaciones aportadas por otros autores” (p. 198). Mientras que, en el método analítico “A partir del conocimiento general de una realidad realiza la distinción, conocimiento y clasificación de los distintos elementos esenciales que forman parte de ella y de las interrelaciones que sostienen entre sí” (p. 199).

## **Técnicas de recolección de información**

Las técnicas de recolección de información utilizadas fueron:

- Encuestas estructuradas: Se aplicaron con el fin de obtener información cuantificable en torno a la percepción del juicio social y estado emocional de los participantes. De esta manera, se pudieron identificar patrones y tendencias relevantes. “El instrumento básico utilizado en la investigación por encuesta es el cuestionario, que podemos definir como el «documento que recoge de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta»” (Casas et al., 2003).

- Grupo focal: Se llevó a cabo esta técnica, para identificar estrategias de afrontamiento y obtener percepciones en relación a las redes de apoyo. “El grupo focal se caracteriza por ser un grupo de discusión que posibilita el diálogo sobre un asunto en especial, vivido y compartido mediante experiencias comunes, a partir de estímulos específicos para el debate que reciben los participantes.” (Donaduzzi et. al, 2015, párr. 3)

### **Instrumentos**

- Encuesta estructurada para evaluar variables emocionales y la percepción del juicio social.
- Guion de preguntas semiestructurado para llevar a cabo el grupo focal, con el fin de fomentar la interacción entre los participantes, el intercambio de experiencia y la reflexión en torno al apoyo social y estrategias de afrontamiento.

### **Población**

La población del estudio fueron cuidadores de niños de hasta 6 años, hospitalizados en la unidad de quemados de un hospital pediátrico. En esta unidad se cuenta con una capacidad de 8 cupos (5 camas y 3 cunas), debido a que están distribuidos bajo protocolos de aislamiento, prevención de infecciones y esterilización. El índice de ocupación promedio de la sala oscila entre el 60% y el 85% de la capacidad total (5 a 7 pacientes simultáneos).

Debido a las restricciones de aislamiento y al tamaño de la unidad, se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, constituido por 10 cuidadores que cumplieron con los criterios. Y para la fase cualitativa, se distribuyeron 2 grupos focales compuestos por 3 integrantes cada uno. Lo cual permite una cobertura significativa de la población local, aportando validez a los hallazgos en este contexto específico.

### **Operativización de variables**

**Tabla 3***Matriz de operalización de variables*

<b>Variables</b>	<b>Subvariables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Preguntas</b>
<b>Cuidadores de niños quemados</b>	Quemaduras pediátricas	La OMS refiere que “Las quemaduras pediátricas requieren un tratamiento especializado que integra cuidados intensivos, manejo del dolor, intervenciones quirúrgicas y rehabilitación prolongada” (OMS, 2018, p.4).	Encuesta	<i>¿Cuál es el vínculo del paciente? ¿Quiénes viven en la casa? ¿Conocía de alguna medida preventiva para las quemaduras? ¿Podríamos comentarnos brevemente su relación con el niño y quién suele quedarse aquí para acompañarlo? ¿Y cómo ha estado el sueño y alimentación, se han visto afectados durante este proceso de hospitalización? ¿Sienten que desde el accidente han recibido apoyo? ¿Y de quienes? ¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización?</i>
	Cuidador	Según la Real Academia Española (s.f.) cuidador,ra es “dicho de persona: Que está encargada del cuidado de alguien o algo”  Dentro de este concepto, se encuentran los cuidadores “informales”, que vienen a ser aquellos que no disponen de capacitación, ni son remunerados por los cuidados que brindan al otro, “El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos” (Ruiz y Nava, 2012).		



Un cuidador principal informal se define como “la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello” (López et. al, 2009).

**Afectación emocional de los cuidadores.**

Reacciones Emocionales Comunes ante el Trauma Infantil y la Hospitalización

“La reacción emocional de los padres ante la hospitalización del niño quemado es severa, multidimensional y prolongada” (Atuncar,2021).

Encuesta  
Grupo Focal

*¿Qué emociones han predominado desde el accidente? ¿Cómo maneja esas emociones cuando aparecen? ¿Cómo se han sentido desde el accidente? ¿Cómo ha sido este proceso para ustedes?*

El artículo publicado por Espinoza, Gutiérrez y Esquivel en 2025 señalan que “Los padres enfrentan un estrés elevado asociado a la información médica compleja, las decisiones terapéuticas y el temor a las secuelas”.

El trastorno de estrés postulation se caracteriza por recuerdos intrusion, alterations del sueño, hipervigilancia y

conductas de evitación” (APA, 2013).

Un estudio realizado por Hall (2006), aborda que entre “un porcentaje considerable desarrollan síntomas clínicos, compatibles con estrés postraumático luego del accidente”. Y “El tamaño de la lesión y la frecuencia de procedimientos invasivos, predicen niveles más altos de estrés postraumático en los padres” (p. 400).

Mecanismos de Afrontamiento y Resiliencia en Cuidadores “El afrontamiento no es un acto único, sino un proceso dinámico mediante el cual los individuos gestionan demandas estresantes” (Lazarus & Folkman, 1984).

**Repercusiones del juicio social en los cuidadores**

Juicio social

Herrera (2018) describe el juicio social como: “la evaluación que hacemos de los demás basado en nuestras percepciones e interpretaciones de su comportamiento.

Encuesta

Grupo Focal

*¿Cuál es su mayor preocupación después de la hospitalización?  
¿Siente que otras personas lo juzgan por lo ocurrido? ¿o le han hecho comentarios que les hayan afectado?*

Este proceso está influenciado por factores culturales, sociales y psicológicos”.

Del juicio social parten los estigmas, Yang et al. (2007) establece que “Los enfoques sociológicos nos obligan a concebir el estigma como un proceso social con múltiples dimensiones. El estigma se considera incrustado en los compromisos interpretativos de los actores sociales que implican significados culturales, estados afectivos, papeles y tipos ideales”.

En el estudio Diagnóstico sobre estigma y discriminación del entorno social hacia los niños con quemaduras de una organización no gubernamental, se obtuvo como resultado que “las personas manifestaron que tienen comentarios o reacciones negativas hacia otras que se ven físicamente diferentes debido a creencias disfuncionales sobre la diversidad”

*¿De quién percibe mayor juicio o críticas? ¿Qué piensa usted de sí mismo? ¿Qué piensan los demás de usted? ¿Qué piensa que pasará con usted en el futuro? ¿De qué manera cree que lo juzgan respecto al accidente? ¿Cómo le afecta el juicio social en su vida diaria? ¿Ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social? ¿Creen que nuestra propuesta de una terapia grupal para los cuidadores guiada por un profesional tendría un impacto positivo o negativo en ustedes? ¿Y qué temas crearían que se deberían de tratar?*

(Málaga et al., 2024,  
p. 8).

Creencias  
irracionales

Retomando la TREC,  
el juicio social actúa  
como un  
“acontecimiento  
activador”, según  
Díaz et al. (2017):

Cuando los  
individuos intentan  
conseguir sus metas,  
en los distintos  
ambientes que  
conforman su  
entorno, se van  
encontrando con  
acontecimientos  
activadores (A) que  
le permiten o  
dificultan la  
consecución de sus  
metas en función de  
las valoracio-nes que  
realicen de estas  
situaciones  
estimulares (p. 340).

Los autores lo  
establecen para  
explicar que estos  
acontecimientos  
activadores disparan  
creencias  
irracionales  
específicas.

Fomento de redes de apoyo y grupos de pares de Las redes familiares y comunitarias ofrecen contención emocional y recursos prácticos que mitigan la vulnerabilidad de las familias en crisis (Walsh, 2016).

Schei et al. (2025) en Parental experiences, coping and the impact of Family Burn Camp after paediatric burn injury: A qualitative study, obtuvo que el campamento familiar tras una lesión pediátrica por quemadura se consideró “más valioso que mil sesiones de terapia”.

## CAPÍTULO 5

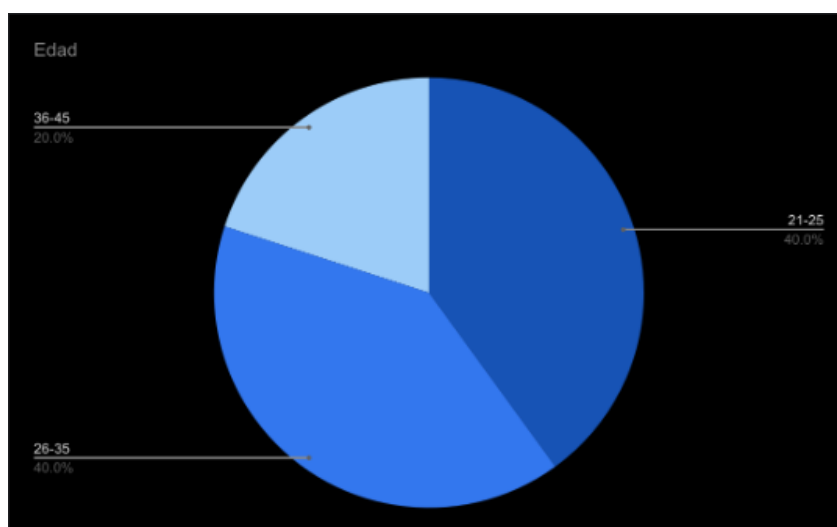
### Presentación y análisis de resultados

En este capítulo haremos un recuento y análisis de los resultados obtenidos en la encuesta realizada a 10 cuidadores de niños quemados hospitalizados y los dos grupos focales cada uno conformado por 3 cuidadores: a lo largo de esta investigación hemos dejado claro que nuestro enfoque es el cuidador y por eso hemos considerado que la mejor manera poder comprender sus emociones es acercándonos a ellos; hablamos de prejuicios, sus miedos, su estado del sueño y alimentación, estrés financiero entre otros factores que tienen una incidencia directa en su estado emocional.

#### Presentación de datos cuantitativos

##### Figura 1

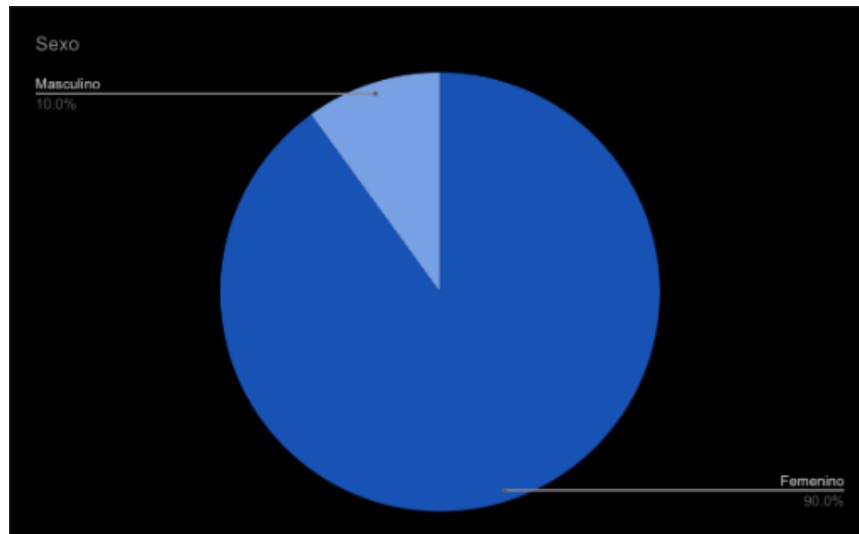
*Gráfico respuesta de “Edad”*



*Nota* Elaborado por las autoras.

En la figura 1, se puede observar que entre los encuestados el 40% tenía entre 21- 25 años, otro 40% entre 26-35 años, y, por último, el 20% restante tenía entre 36 - 45 años.

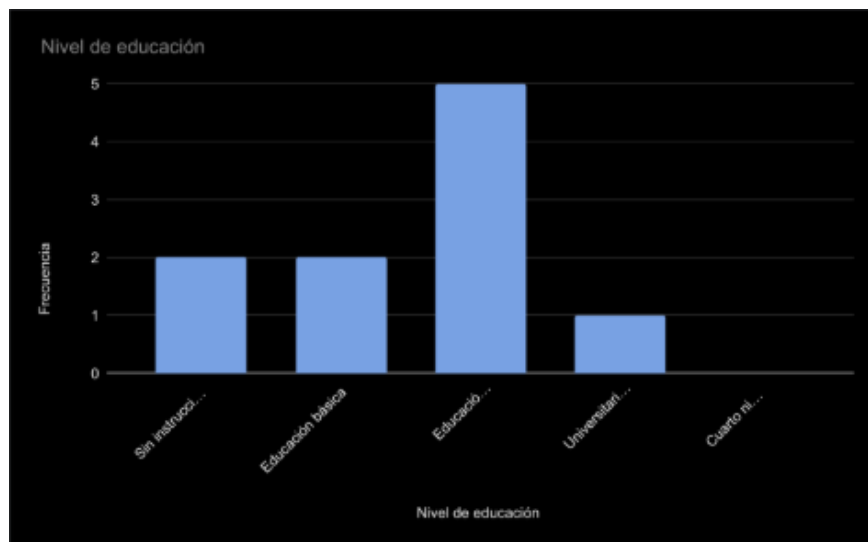
**Figura 2**  
*Gráfico respuesta de “Sexo”*



*Nota* Elaborado por las autoras.

En la Figura 2, obtenemos que el 90% de los cuidadores son de sexo Femenino, y tan solo, el 10% de sexo masculino.

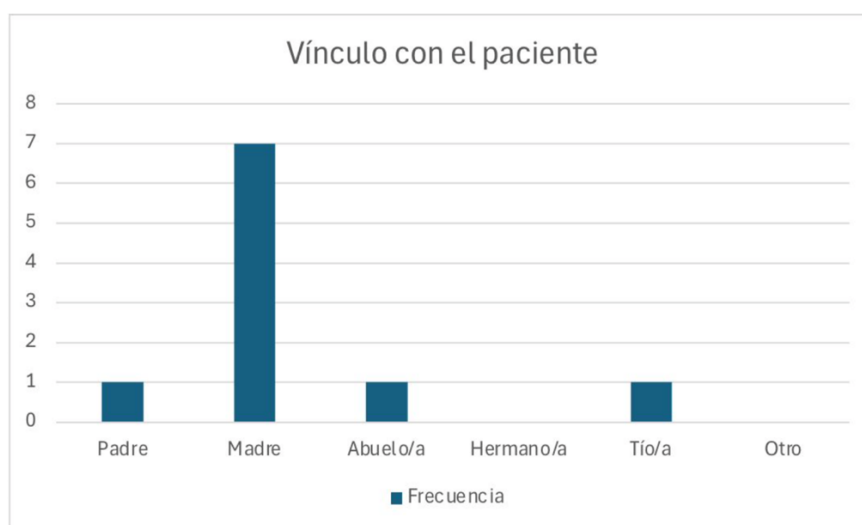
**Figura 3**  
*Gráfico respuesta de “Nivel de educación”*



*Nota* Elaborado por las autoras.

En la figura 3, se analiza el nivel de formación académica, donde se puede observar que el 50% se encuentra en el nivel de educación secundaria, mientras que, un 20% en educación básica y otro 20% sin instrucción formal. Finalmente, se obtiene que el 10% cuenta con un título universitario o tecnólogo.

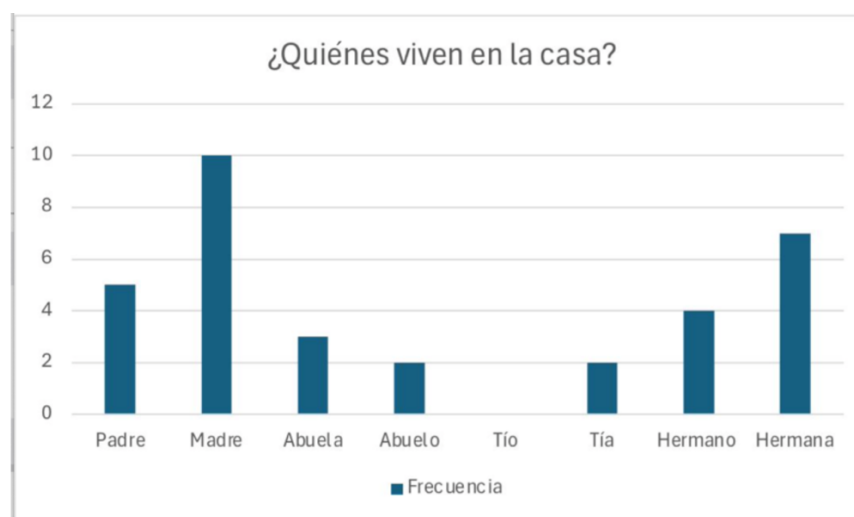
**Figura 4**  
Gráfico respuesta de “Vínculo del paciente”



*Nota* Elaborado por las autoras.

En la figura 4, los resultados de la encuesta arrojan que el 70% de los cuidadores corresponden a la madre del niño/a. Por otro lado, existe una distribución equitativa entre padre, abuelo/a y tío/a, registrando 1 persona (10%) en cada una de estas categorías.

**Figura 5**  
Gráfico respuesta de “¿Quiénes viven en la casa?”



*Nota* Elaborado por las autoras.

En la figura 5, los resultados de la encuesta arrojan que el 100% de los niños viven con sus madres, y el 50% también con el padre.



**Figura 6**

Gráfico respuesta de “¿Qué pienso de mí?”

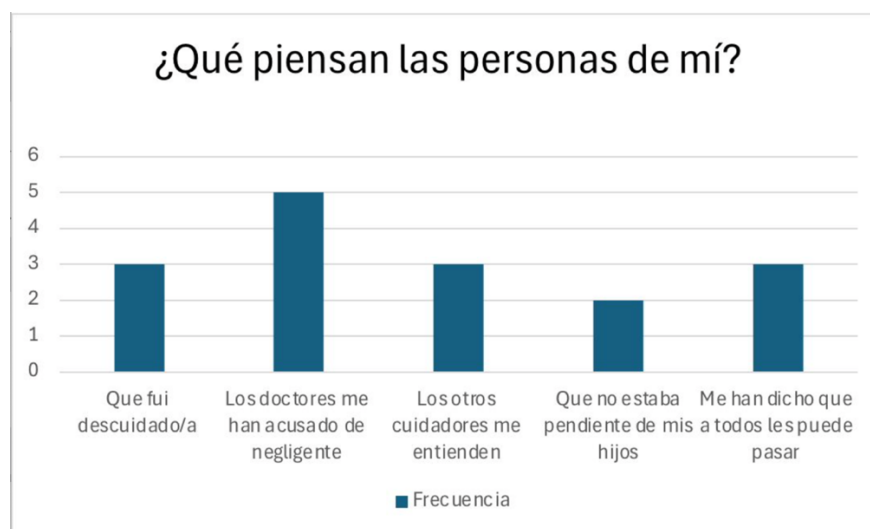


Nota Elaborado por las autoras.

En la figura 6, los resultados de la encuesta arrojan que el pensamiento predominante es el sentimiento de culpa, obteniendo un 50% (5 de 10 cuidadores). Así mismo, se observa que un 30% considera que pudieron haberlo evitado, y en contraste, hay una frecuencia similar en indicar que se sienten tranquilos/as porque son cosas que pasan (el 30%). Finalmente, un 20% piensa que no estaba totalmente pendiente del niño/a al momento del suceso.

**Figura 7**

Gráfico respuesta de “¿Qué piensan las personas de mí?”

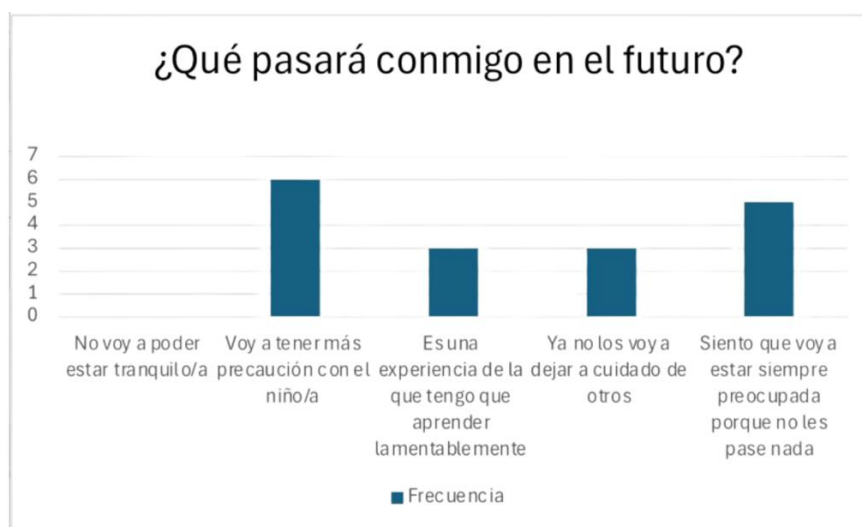


Nota Elaborado por las autoras.

En la figura 7, los resultados de la encuesta arrojan que el 50% (5 de 10 cuidadores) afirma que los doctores los han acusado de negligentes. Sin embargo, 3 de 10 cuidadores sienten que los otros cuidadores los entienden y que les han dicho que a todos les puede pasar. Así mismo, 3 de 10 cuidadores afirman que las personas piensan que fueron descuidados. Finalmente, tan solo 2 personas respondieron “que no estaba pendiente de mis hijos”.

**Figura 8**

Gráfico respuesta de “¿Qué pasará conmigo en el futuro?”

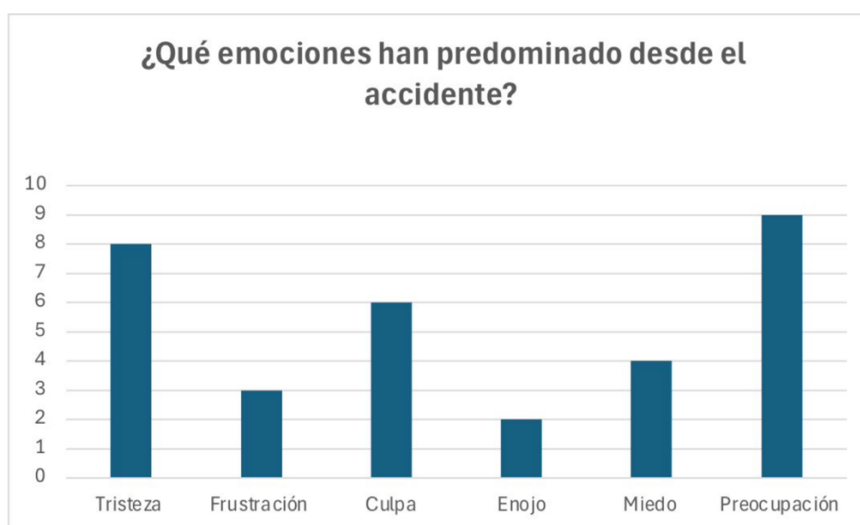


Nota Elaborado por las autoras.

En la figura 8, los resultados de la encuesta arrojan que el 60% va a tener más precaución con el niño/a, y el 50% siente que va a estar siempre preocupada porque no le pase nada. Mientras que, dentro del 30%, es decir, 3 de 10 cuidadores, respondieron “ya no los voy a dejar a cuidado de otro”, y así mismo, 3 personas señalaron “es una experiencia de la que tengo que aprender lamentablemente”.

**Figura 9**

Gráfico respuesta de “¿Qué emociones han predominado desde el accidente?”

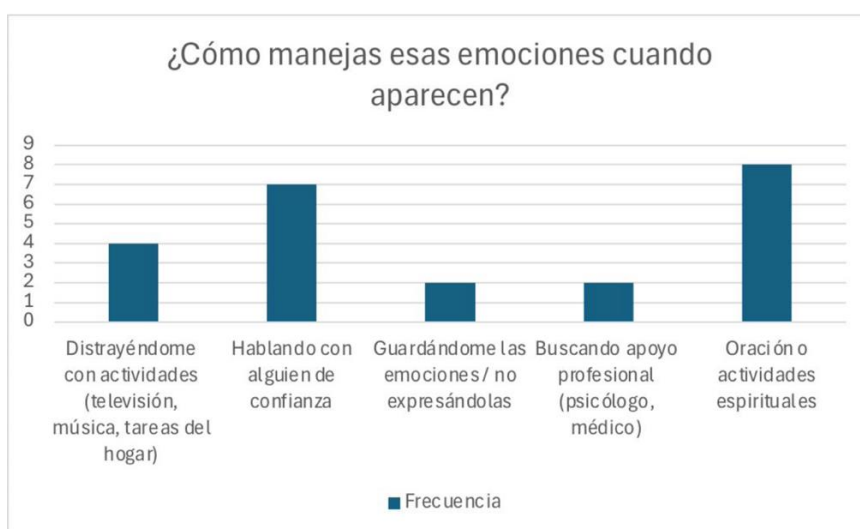


Nota Elaborado por las autoras.

En la figura 9, los resultados de la encuesta arrojan que 9 de 10 cuidadores afirman que la emoción que predomina es la preocupación. La sigue la tristeza, señalada por el 80% de las personas. Otra emoción con un porcentaje significativo es la culpa, la cual fue señalada por 6 de 10 personas. La emoción con menor frecuencia es el enojo, con tan solo 2 personas.

**Figura 10**

Gráfico respuesta de “¿Cómo maneja esas emociones cuando aparecen?”



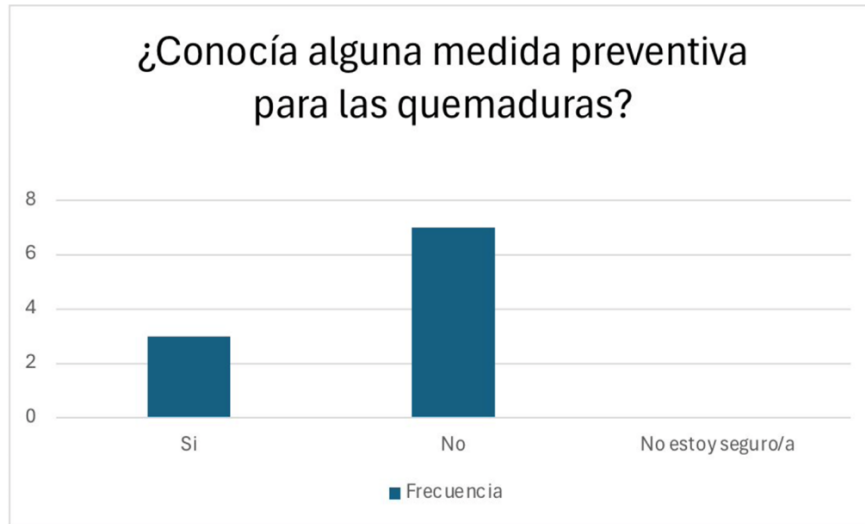
Nota Elaborado por las autoras.

En la figura 10, los resultados de la encuesta arrojan que 8 de 10 cuidadores manejan sus emociones a través de actividades espirituales como orar. Le sigue el

hablar con alguien de confianza, señalado por 7 de 10 personas. Mientras que, el buscar apoyo profesional (psicólogo, médico) tan solo fue seleccionado por 2 personas.

**Figura 11**

*Gráfico respuesta de “¿Conocía de alguna medida preventiva para las quemaduras?”*

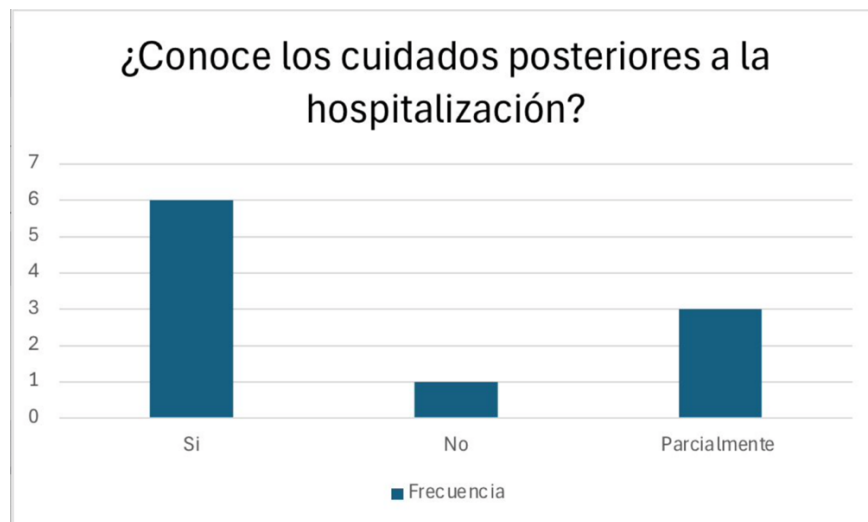


*Nota* Elaborado por las autoras.

En la figura 11, los resultados de la encuesta arrojan que el 70% no conocía medidas preventivas para las quemaduras. Tan solo el 30% afirma haber tenido conocimiento de medidas preventivas.

**Figura 12**

*Gráfico respuesta de “¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización?”*

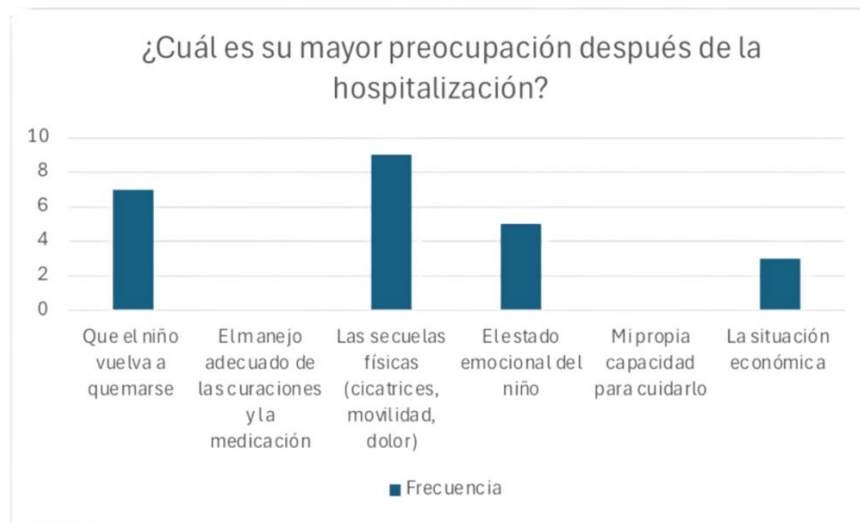


*Nota* Elaborado por las autoras.

En la figura 12, los resultados de la encuesta arrojan que el 60% si conoce los cuidados posteriores a la hospitalización, el 30% de manera parcial, y finalmente, el 10% no los conoce.

**Figura 13**

*Gráfico respuesta de “¿Cuál es su mayor preocupación después de la hospitalización?”*



*Nota* Elaborado por las autoras.

En la figura 13, los resultados de la encuesta arrojan que a 9 de 10 cuidadores les preocupa mayormente las secuelas físicas (cicatrices, movilidad, dolor). Al 70% que el niño vuelva a quemarse, y 5 de 10 personas contestaron que “el estado emocional del niño”. Finalmente, al 30% le preocupa la situación económica.

**Figura 14**

Gráfico respuesta de “¿Siente que ha tenido apoyo de alguien más?”

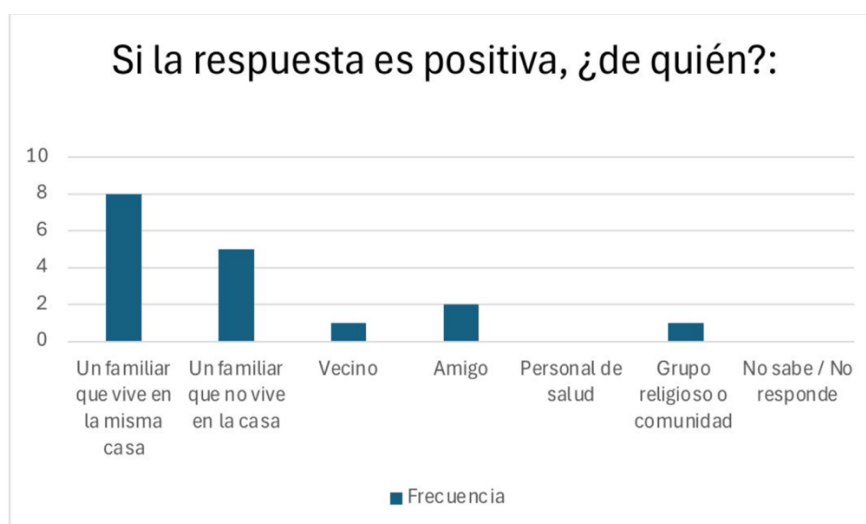


Nota Elaborado por las autoras.

En la figura 14, los resultados de la encuesta arrojan que el 60% siente que ha tenido “mucho” apoyo de alguien más, el 30% que “siempre” y finalmente, el 10% “muy poco”.

**Figura 15**

Gráfico respuesta de “Y si la respuesta es positiva, ¿de quién?”

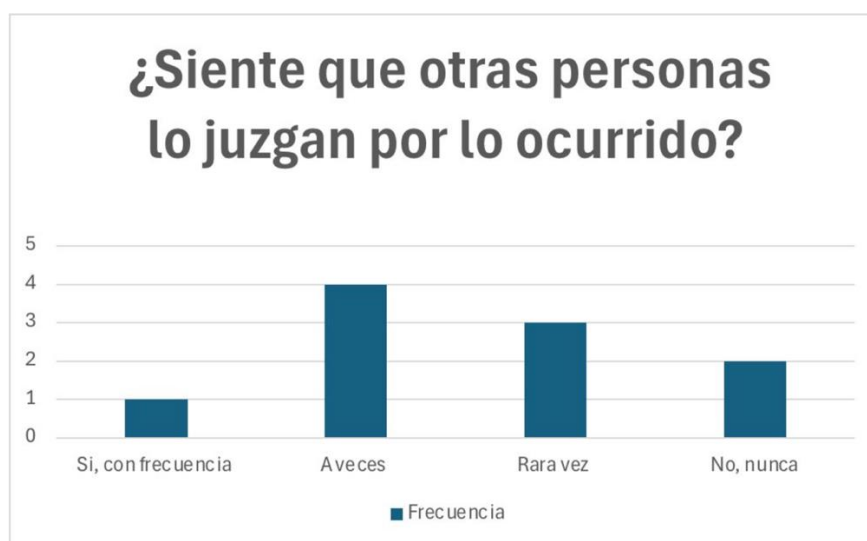


Nota Elaborado por las autoras.

En la figura 15, los resultados de la encuesta arrojan que 8 de 10 cuidadores han tenido apoyo de familiares que viven en la misma casa, y 5 de 10 cuidadores de familiares que no viven en la casa. Sin embargo, de amigos tan solo 2 personas, y de vecinos o grupo religioso/comunidad el 1% respectivamente.

**Figura 16**

Gráfico respuesta de “¿Siente que otras personas lo juzgan por lo ocurrido?”

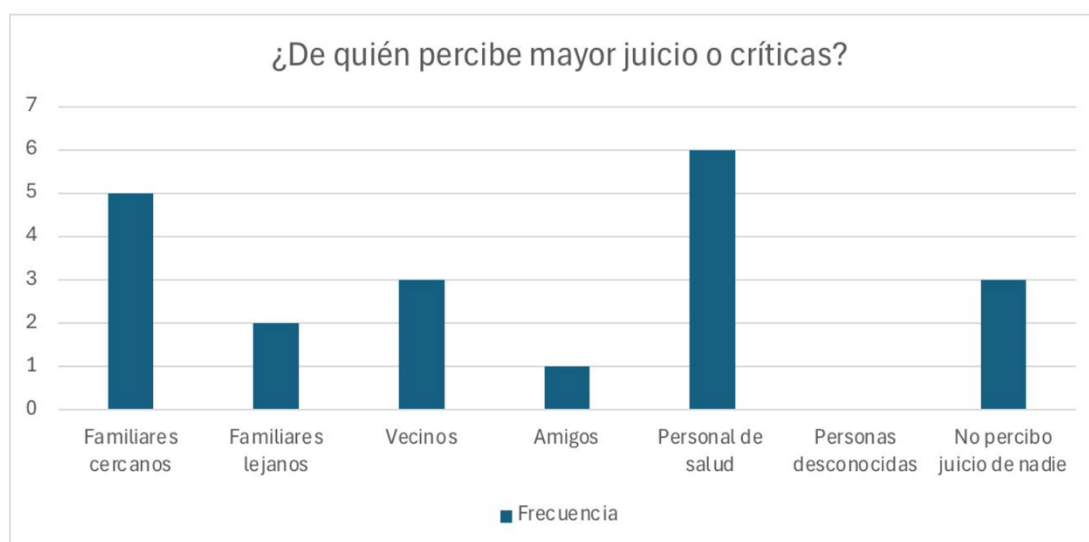


Nota Elaborado por las autoras.

En la figura 16, los resultados de la encuesta reflejan que el 40% (4 de 10 cuidadores) se siente juzgado “a veces”, el 30% “rara vez”, el 20% “no, nunca” y finalmente, el 10% “si, con frecuencia”.

**Figura 17**

Gráfico respuesta de “¿De quién percibe mayor juicio o críticas?”

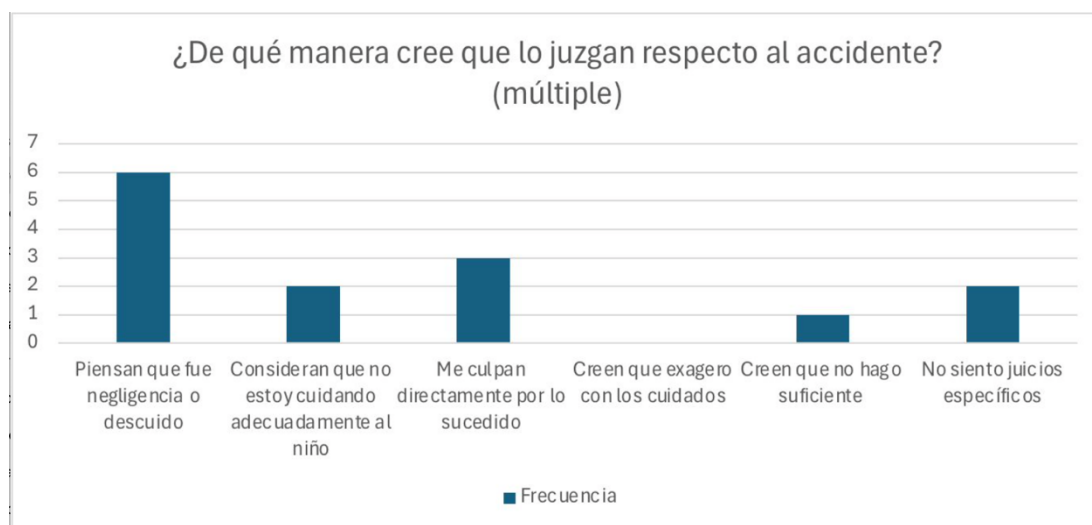


Nota Elaborado por las autoras.

En la figura 17, los resultados de la encuesta arrojan que la mayoría se siente juzgado o criticado por el personal de salud (6 de 10 cuidadores), y también de familiares cercanos (5 de 10 cuidadores). Tan solo, 3 personas afirman no haber percibido juicio o críticas de nadie.

**Figura 18**

Gráfico respuesta de “¿De qué manera cree que lo juzgan respecto al accidente?”



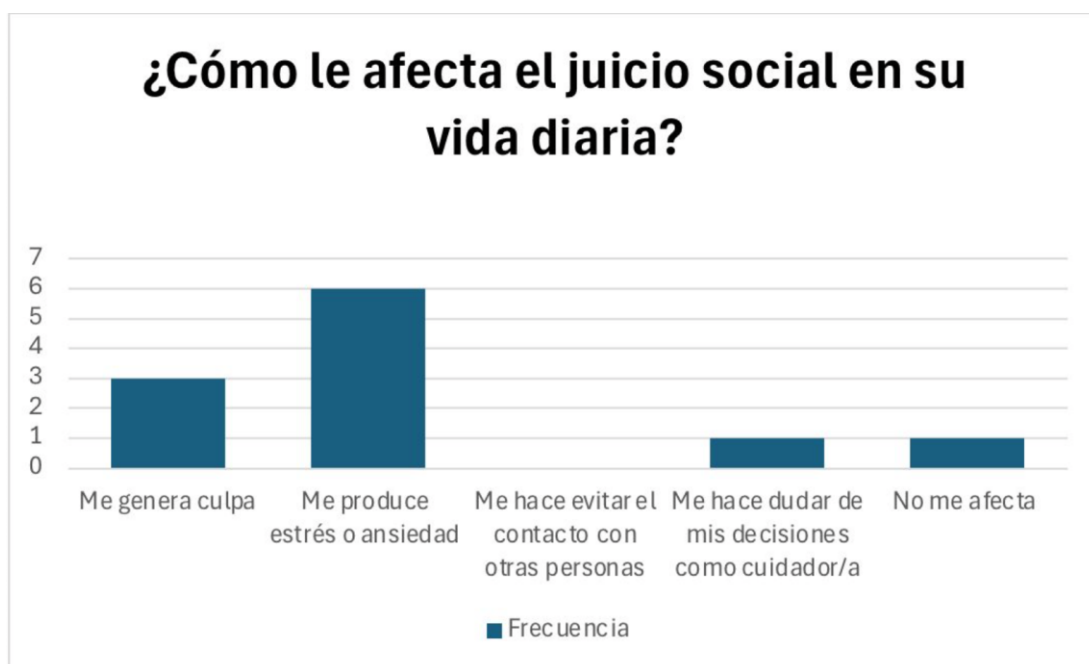
Nota Elaborado por las autoras.

En la figura 18, los resultados de la encuesta arrojan que el 60% (6 de 10 cuidadores) creen que los juzgan por negligencia o descuido. 3 de 10 cuidadores afirman que los culpan directamente por lo sucedido. 2 de 10 cuidadores seleccionaron “consideran que no estoy cuidando adecuadamente al niño, y en contraste, otros 2 cuidadores afirman no sentir juicios específicos. Finalmente, tan solo 1 cuidador cree que los juzgan por no hacer suficiente.



**Figura 19**

Gráfico respuesta de “¿Cómo le afecta el juicio social en su vida diaria?”

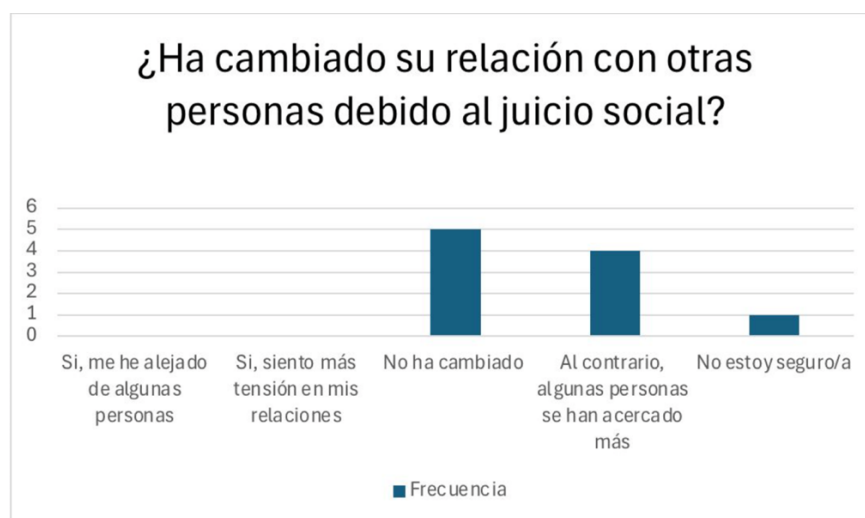


Nota Elaborado por las autoras.

En la figura 19, los resultados de la encuesta arrojan que 6 de 10 cuidadores establecen que el juicio social les produce estrés o ansiedad. 3 de 10 cuidadores afirman que les genera culpa. 1 persona establece también que le hace dudar de sus decisiones como cuidador/a. Finalmente, tan solo una persona señala que no le afecta.

**Figura 20**

Gráfico respuesta de “¿Ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social?”



Nota Elaborado por las autoras.

En la figura 20, los resultados de la encuesta arrojan que el 50% establece que su relación con otras personas debido al juicio social no ha cambiado. El 40% que es lo contrario, que algunas personas se han acercado más. Tan solo el 10% no está seguro/a.

## Presentación de datos cualitativos

### *Grupo focal con cuidadores*

Los nombres de los cuidadores se mantienen anónimos de acuerdo con el consentimiento informado; para el análisis de las entrevistas se los codificará como C1, C2, C3, correspondientes a cada participante del grupo focal.

**Tabla 4**

*Cuadro de resultados de grupo focal #1 de cuidadores*

<b>Pregunta</b>	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>
<b>¿Podrían comentarnos brevemente su relación con el niño y quién suele quedarse aquí para acompañarlo?</b>	<i>“Yo, la mamá, porque mi esposo trabaja, nosotras nos quedamos aquí en las sillas”</i>	<i>“también la mamá, yo me he quedado aquí, llevo ya 19 días y aún nos quedaremos 3 semanas más...”</i>	<i>“Soy el papá, pero la mamita está aquí siempre, porque yo trabajo y no somos de aquí, entonces no puedo estar viniendo, hoy que pude venir, así, la acompaño”</i>
<b>¿Cómo se han sentido desde el accidente?</b>	<i>“... tristeza, preocupación constante,</i>	<i>“Si uno se pone triste de verlo como está y más que todo que uno como madre,</i>	<i>“... Bueno realmente mi esposa, la mamita es la que pasa más tiempo aquí, yo trabajo. Pero si</i>
<b>¿Cómo ha sido este proceso para ustedes?</b>	<i>emociones han sido constantes, mi niño tiene 3 añitos</i>	<i>madre e hijo es</i>	

---

y pasa triste y más unido y duele más que todo molesto, él dice mucho, aparte que tristeza y mami no te vayas y uno se mantiene preocupación, y la piensa que yo lo alerta durante todo frustración de no quiero dejar. Es el el tiempo aquí con poder hacer más, más pequeño, me miedo ya que uno mi esposa es la que rompe el no sabe qué va a lo está viviendo corazón...” pasar...” todo aquí...”

**¿Y cómo ha estado el sueño y alimentación, se han visto afectados durante este proceso de hospitalización?** “... uno intenta dormir, pero no, casi no se duerme, puede, porque uno se mantiene alerta, es difícil. Y comer casi no me da mucha hambre...” “Bueno dormir, dentro de lo que se puede, porque estamos en un hospital, y de comer si vamos aquí a la fundación que nos dan entonces una comida...” “...uno igual pasa atento de cualquier cosa, como le digo mi esposa es la que pasa aquí y no puede dormir, no come bien, trabaja y todo, pero sabe como están aquí, y es difícil poder dormir tranquilo...”

**¿Sienten que desde el accidente han recibido apoyo? ¿Y de quienes?** “... bueno mi esposo trabaja y él se encarga de lo económico, y familiares nuestros también nos han apoyado con dinero, así mismo, “Sí así mismo, he tenido apoyo de familiares en la parte económica. Pero no, no han venido al hospital, nosotros somos de milagro, y cuando pasó, tuve que hasta pagarle la

---

---

*nosotros tampoco nosotros no somos ambulancia a mi  
somos de aquí. de aquí...”*

*Recibimos de  
nuestros padres,  
hermanos,  
primos...”*

*hijo para que lo  
traigan acá,  
porque me decían  
que no había  
ambulancia  
disponible y que lo  
lleve en mi carro,  
pero imagínese  
pasaba algo no,  
entonces  
preferimos pagar  
ambulancia para  
que lo puedan  
traer...”*

**¿han sentido en algún momento que otras personas los han juzgado o hecho comentarios que les hayan afectado?**

*“...A veces la peditra, siento como que me reta, yo le pregunto cosas y no me dice, pero porque ella sabe, son doctores, y yo no, entonces tengo muchas dudas unas me responde y otras no...”*

*“... Si, la peditra puede ser un poco hostil para decirnos, a veces responde a veces no.”*

*“Uno no se esperaba que pase esto, nosotros no sabemos, claro uno pregunta y mi esposa muchas veces se angustia, porque no entiende muchas cosas, y la doctora a veces como que piensa que ya deberíamos saber qué hacer...”*

---

**¿Creen que nuestra propuesta de una terapia grupal para los cuidadores guiada por un profesional tendría un impacto positivo o negativo en ustedes? ¿Y qué temas crearían que se deberían de tratar?**

*“...si nos ayudaría mucho, hablar con otros, y que nos ayude a como ayude a los calmar esta preocupación y este miedo... la parte emocional estigma por la más que todo, uno ya no se quiere separar de su hijo, no esperábamos que esto pase y ya no queremos que le vuelva a pasar nada... y también la cicatriz, ay, como manejar el juicio por la cicatriz, como ayudarlos a ellos...”*

*“Bueno... si sería positivo para emocional porque y si, yo creo que la sería el tema mamita de aquí y emocional porque la mamita de aquí, es muy difícil ver a ya no van a querer tu hijo así... y ese dejar a sus hijos solos, van a pasar preocupadas. No van a poder estar tranquilas...”*

---

**Tabla 5**

*Cuadro de resultados de grupo focal #2 de cuidadores*

---

<b>Pregunta</b>	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>
<b>¿Podrían comentarnos brevemente su relación con el</b>	<i>“Yo soy la mamá y soy la que se queda aquí siempre, mi esposo viene él, solo cuando nieta, porque mi</i>	<i>“Yo soy la mamá y soy yo la que está todo el tiempo con él, solo cuando nieta, porque mi</i>	<i>“Yo soy la abuela, yo la ayudo a mi hija cuidando a mi nieta, porque mi</i>

---

---

**niño y quién suele quedarse aquí para acompañarlo?** *cuando puede, pero tengo que resolver hija está tiene trabajar algo de mis otros trabajando, sale pues” hijos viene a de trabajar lo cubrirme mi viene a ver...” hermana y de ahí regreso...”*

**¿Cómo se han sentido desde el accidente, como ha sido este proceso para ustedes?** *“...Ha sido muy duro, uno siente culpa y piensa si debió haberlo evitado...” “...Es cansado, de verdad que uno aquí ya no sabe ni qué día es, solo quieres que los doctores te digan que ya te puedes ir a la casa...” “Desde que está aquí todos estamos angustiados, no sabemos qué va a pasar, si va a poder recuperarse bien o si le va a quedar alguna cosa”*

**¿Y cómo ha estado el sueño y alimentación, se han visto afectados durante este proceso de hospitalización?** *“Duermo muy poco y ligero, cualquier ruido me despierta y no tengo mucha hambre” “Ya ni tengo horario de dormir, duermo cuando puedo, estoy pendiente todo el tiempo. Como cuando me acuerdo o mi familia me dice oye tienes que cuidarte “*

---

---

**¿Sienten desde el accidente han recibido apoyo? ¿Y de quienes?** *que “Económicamente si me apoya mi familia, pero igual uno aquí se siente solo”* *“Mi familia cercana, mi mamá y así si me han apoyado, pero otros parientes se han dedicado a hablar de mí y de que mi hijo está aquí”* *“Si, si hemos recibido, igual gracias a Dios estamos mi hija y yo viniendo a cuidar y así nos hemos arreglado, porque estamos solo las dos”*

**¿Han sentido en algún momento que otras personas los han juzgado o hecho comentarios que les hayan afectado?** *“Si, uno siente que lo miran o lo están juzgando por lo que pasó”* *“Si, dicen que “se pudo haber evitado” o que estaba haciendo”* *“Si, muchos no dicen nada, pero con sus preguntas te sientes juzgado, como que uno es irresponsable”* *los doctores te culpan”*

**¿Creen que nuestra propuesta de una terapia grupal para los cuidadores guiada por un profesional tendría un impacto positivo o negativo en ustedes? ¿Y qué temas crearían que se deberían de tratar?** *“Sería algo bueno, sería algo para sentirnos menos solos y los otros padres entienden...”* *“...Si eso también el juicio por la herida...”* *“A veces es bueno saber que no eres la única persona pasando por algo así, creo que por eso todos los cuidadores aquí nos apoyamos”* *“Si sería bueno para aprender qué hacer, cómo manejar la culpa y la angustia de estar aquí y del futuro, de cómo ayudar al niño, que queda con la cicatriz también”*

---

## **Análisis de datos**

### **Variable: Cuidadores de niños quemados**

#### *Subvariable: Quemaduras pediátricas*

La OMS (2023) señala que las quemaduras son “una de las lesiones traumáticas más frecuentes y desafiantes desde un punto de vista de la salud pública”. En la investigación realizada el área de quemados del hospital infantil admitía máximo 7 pacientes a la vez, y se reportó que la ocupación habitual de las camas está entre 5 y 7, lo que corrobora lo planteado por la OMS.

“En los países de ingresos bajos y medios, incluidos muchos de América Latina, los sistemas de salud carecen de recursos suficientes para la prevención, tratamiento temprano, y la rehabilitación de quemaduras pediátricas” (Park,2014). Como se muestra en la figura 11 solo un 30% de los cuidadores conocía medidas de prevención para las quemaduras, lo que evidencia que hay un 70% que no ha recibido información o educación sobre las medidas preventivas que se pueden tomar. Por otro lado, en la figura 12 se muestra que al menos un 60% de los cuidadores conoce los cuidados que requiere una quemadura pediátrica posterior a la hospitalización, lo que es vital en el proceso de recuperación del paciente.

Muchas quemaduras pediátricas dejan secuelas tanto visibles como invisibles, y a las cicatrices que pueden quedar luego de un accidente por quemadura son una de las principales fuentes de preocupación; una cicatriz o secuela por quemadura no significa que exista un mal cuidado de la lesión, al necesitar muchas intervenciones quirúrgicas y requerir cuidados específicos de corte este riesgo, como menciona “Las quemaduras pediátricas requieren un tratamiento especializado que integra cuidados intensivos, manejo del dolor, intervenciones quirúrgicas y rehabilitación prolongada” (OMS,2018, p.4). Esta inquietud referente a las cicatrices que pueden dejar las quemaduras se evidenció en los siguientes cuidadores de los grupos focales:

C1 (GF1) “ay como manejar el juicio por la cicatriz, ayudarlos ellos...”

C2 (GP1) “y ese estigma por la cicatriz... “



C3 (GF2) “que queda con la cicatriz también...”

Lo evidenciado demostró que las quemaduras pediátricas no solo implican el tiempo que el menor esté hospitalizado, incluyen además el momento del accidente y los meses o años posteriores al alta hospitalario. Las quemaduras tienen distintos grados, distintas consecuencias y aún así, una de las más comunes secuelas de la quemadura pediátricas son las cicatrices como se menciona de forma repetitiva en los grupos focales, que podrían ser resultado de la falta de conociendo general en la prevención y cuidado de quemaduras, demostrado en las encuestas.

***Subvariable: Cuidadores***

En las encuestas y grupo focales realizados pudimos evidenciar que en la mayoría de los casos hay un cuidador designado a quedarse la mayor parte del tiempo con el niño quemado “la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello” (López et. al, 2009). Esto se puede evidenciar en

CI (GF1), “Yo la mamá, porque mi esposo trabaja...”

C2 (GF1) “También la mamá, yo me he quedado aquí, ya llevo 19 días...”

C3 (GF1) “Soy el papá, pero la mamá es la que siempre está aquí...”

C1 (GF2) “Soy la mamá y soy la que se queda aquí siempre...”

C2 (GF2) “Soy la más y soy la que está todo el tiempo con el...”

C3 (GF2) “Soy la abuela y me quedo aquí, porque mi hija trabaja...”

En el caso de niños quemados, suele observarse un escenario caracterizado por angustia, llanto fácil y presencia de ideas catastróficas. Una vez que el tratamiento se orienta a la recuperación, los procedimientos tienden a ser dolorosos e invasivos, procedimientos que son desconocidos para el cuidador y que exponen a dolor físico y emocional del niño, lo que incrementa en gran medida la vulnerabilidad emocional del cuidador y contribuye al aumento de la carga subjetiva del cuidado (Chocontá, 2024)

Este desconocimiento sobre los procedimientos y todo lo que implica el proceso de hospitalización se ven reflejadas en la figura 11 correspondiente a la encuesta sobre si se conocían medidas preventivas, donde el 70% de los cuidadores contestaron que no. No obstante, se usó ver evidenciado el interés de los cuidadores por el bienestar de los niños, en la figura 12 que corresponde a la pregunta ¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización? Dónde el 60% respondió que conoce totalmente los cuidados posteriores y un 30% de manera parcial. Resaltando que, a pesar de que los cuidadores pertenecen a una educación limitada, como se ve en la figura 3, el rol de cuidador va a más allá, está ligado directamente al bienestar del niño quemado.

**Variable: Afectación emocional de los cuidadores.**

*Subvariable: Reacciones Emocionales Comunes ante el Trauma Infantil y la Hospitalización*

Atuncar (2021) establece que “La reacción emocional de los padres ante la hospitalización del niño quemado es severa, multidimensional y prolongada”, la hospitalización por quemaduras pediátricas no es un evento aislado, es un proceso traumático que afecta de manera significativa al cuidador y su capacidad para regular sus emociones.

Esto se ha visto reflejado en los resultados obtenidos en las encuestas y las respuestas de los grupos focales. Como se puede observar en la Figura 9, donde 9 de 10 cuidadores identifican la preocupación como la emoción que predomina, seguida de la tristeza (8 de 10) y culpa (6 de 10).

Esta preocupación constante y tristeza se respalda en los grupos focales, donde los participantes relatan como se han sentido desde el momento del accidente y durante la hospitalización. En el grupo focal #1 el cuidador C1 relata “...tristeza, preocupación constante, Las emociones han sido constantes...”, así mismo el C2 “...triste de verlo como está...” “...uno se mantiene alerta durante todo el tiempo aquí con miedo ya que uno no sabe qué va a pasar...” y el C3 “...más que todo tristeza y preocupación, y la frustración de no poder hacer más...”. Esta angustia e incertidumbre de qué pasará se repite en el grupo focal #2, donde el C3 menciona “...Desde que está aquí todos estamos angustiados, no sabemos qué va a pasar, si va a poder recuperarse...”. Tal

como fue establecido por Santos et al. en el 2024, los padres viven en la unidad de quemados de hospitales pediátricos con “Angustia persistente, miedo al pronóstico e incertidumbre con respecto a la evolución médica”. Por otro lado, respecto a la culpa Wickens et al. (2024) afirman que “Las madres describieron sentimientos persistentes de culpa, incluso cuando reconocían que el accidente no podía haberse evitado” (p.268). Como se pudo observar en la encuesta el 60% siente culpa, y dentro del grupo focal #2 obtenemos relatos que respaldan la teoría y los resultados de la encuesta: “...*Ha sido muy duro, uno siente culpa y piensa si debió haberlo evitado...*” (C1) y “...*cómo manejar la culpa y la angustia de estar aquí y del futuro...*” (C3).

Por otro lado, “los cuidadores informan dificultades del sueño, incluyendo el despertar nocturno y la interrupción del descanso” (Simón et al, 2019). Estas alteraciones del sueño no solo son producto del agotamiento del cuidador, sino también, es un indicador significativo en relación a esta carga emocional que se lleva. Dentro de los grupos focales en ambos se menciona que su sueño se ha visto alterado y duermen muy poco. Se obtuvieron respuestas como: en el grupo focal #1 “... *uno intenta dormir, pero no, casi no se duerme, uno se mantiene alerta, es difícil...*” (C1), como también, en el grupo focal #2 “*Ya ni tengo horario de dormir, duermo cuando puedo, estoy pendiente todo el tiempo*” (C2). Sin embargo, también obtuvimos respuestas en torno a la alimentación, donde establecen que suelen comer lo que les dan en la fundación del hospital, y otros afirman que su apetito ha disminuido, como es en el caso de los siguientes cuidadores:

C1 (GF1): “...*Y comer casi no me da mucha hambre...*”

C1 (GF2): “...*y no tengo mucha hambre...*”

C2 (GF2): “...*como cuando me acuerdo o mi familia me dice...*”

Lo mencionado, demostró que, en efecto, el trauma infantil y la hospitalización por quemaduras es un evento que trae un sinnúmero de estresores que les genera reacciones emocionales significativas e intensas a los cuidadores, afectando su bienestar. Analizando las respuestas de las entrevistas, grupos focales y la fundamentación teórica, se corroboró que los sentimientos que predominan desde el momento del accidente son la preocupación constante, tristeza y culpa, lo que conlleva a que el cuidador se mantenga en estado de alerta. Como consecuencia obtenemos la

angustia, el deterioro del sueño y la pérdida del apetito, por lo cual, se puede afirmar que, ante estos sentimientos, el cuidador prioriza al menor sobre sus propias necesidades.

**Subvariable:** *Mecanismos de Afrontamiento y Resiliencia en Cuidadores*

Wong (2019) afirma que “El afrontamiento centrado en la emoción es fundamental en situaciones donde el estrés es incontrolable o impredecible”. Como se ha mencionado anteriormente este tipo de afrontamiento se basa en estrategias dirigidas a manejar esta preocupación, tristeza, culpa, miedo, frustración y enojo que sienten los cuidadores. En la figura 10, se puede observar que 8 de 10 cuidadores manejan sus emociones a través de actividades espirituales como orar, mientras que 7 de 10 personas eligen hablar con alguien de confianza, y tan solo, el 2% busca apoyo profesional, así mismo cabe mencionar que en la figura 15, nadie señala haber sentido apoyo del personal de salud. Esto sugiere que principalmente se recargan de sus recursos personales, más no perciben ese apoyo de parte de la institución.

En la figura 14, se destaca que el 100% siente que ha tenido apoyo de alguien, el 30% siempre, el 60% mucho, y el 10% muy poco. En su mayoría el apoyo lo han sentido de familiares que viven en la misma casa (80%) y el 50% de familiares que no viven en la casa (figura 15). En los grupos focales se obtuvo repetidamente como respuesta que existe principalmente un apoyo económico de las familias:

C1 (GF1): *“... mi esposo trabaja y él se encarga de lo económico, y familiares nuestros también nos han apoyado con dinero...”*

C2 (GF2): *“... Sí así mismo, he tenido apoyo de familiares en la parte económica. Pero no, no han venido al hospital...”*

C3 (GF3): *“... Si mi familia me ha estado ayudando con la parte económica...”*

C1 (GF2): *“... Económicamente si me apoya mi familia, pero igual uno aquí se siente solo...”*

Tan solo 2 cuidadores del grupo focal #2, mencionan que tener un apoyo más allá de lo económico, C2: *“... mi familia cercana, mi mamá y así si me han apoyado...”*, y C3: *“... gracias a Dios estamos mi hija y yo viniendo a cuidar así nos hemos arreglado...”*.

Wong (2020) advierte que “la resiliencia surge a través de la interacción entre recursos personales y apoyos ambientales” (p.20). Es decir, que la resiliencia no logra sostenerse de manera indefinida solo con recursos internos. Aunque los cuidadores han desarrollado mecanismos de afrontamiento para sobrevivir a esta crisis, su resiliencia se encuentra en un estado vulnerable. Analizando las respuestas obtenidas de las encuestas, grupos focales y la fundamentación teórica, se corroboró que el afrontamiento a nivel emocional es mayormente individual, con recursos personales, mientras que, la familia ha brindado principalmente un apoyo económico, por otro lado, el sistema hospitalario ha fallado en proporcionar validación emocional a los cuidadores.

### **Variable: Repercusiones del juicio social en los cuidadores**

#### ***Subvariable: Juicio social***

Cabe recordar que Herrera (2018) describe el juicio social como: “la evaluación que hacemos de los demás basado en nuestras percepciones e interpretaciones de su comportamiento. Este proceso está influenciado por factores culturales, sociales y psicológicos”. En los resultados obtenidos, se puede evidenciar que el juicio social predomina en estas situaciones, especialmente, en relación al rol del cuidador. En la figura 16 el 80% afirma sentirse juzgado por otras personas, sin embargo, varía la frecuencia, el 40% a veces se siente juzgado, el 30% rara vez, y por último el 10% con frecuencia. Este juicio social proviene de distintas fuentes, de los familiares, el personal de salud, amigos, etc.

Uno de los hallazgos más críticos es que se identifica al personal de salud como la principal fuente de juicio. En la Figura 17, se revela que el 60% se siente juzgado por el personal de salud, y esto se alinea con lo obtenido en la figura 7: el 50% de cuidadores perciben que los doctores los han acusado de negligentes. Así mismo, en el Grupo focal #1 mencionan sentirse juzgados por la pediatra C1 “...A veces la pediatra, siento como que me reta, yo le pregunto cosas y no me dice...”, C2 “...Si, la pediatra...” y C3 “...la doctora a veces como que piensa que ya deberíamos saber qué hacer...”, así mismo en el grupo focal #2 el C2 menciona “también como que los doctores te culpan”. Esto ilustra el estigma percibido, traído de vuelta por García en 2019, como un tipo de juicio externo que hace referencia a las manifestaciones de

rechazo o discriminación ejercidas en este caso sobre el cuidador principal. El hecho de que se percibe este juicio de un profesional de salud refuerza la vulnerabilidad del cuidador y de su capacidad, como menciona C3 (GF2) *“te sientes juzgado, como que uno es irresponsable”*. En la figura 18, la encuesta refleja que 60% se siente juzgado por negligente o descuido, y 3 de 10 cuidadores afirman que los culpan directamente por lo sucedido, C1 (GF2) comenta que *“uno siente culpa y piensa si debió haberlo evitado”*. En la figura 19, también se arroja como resultado que el 60% que este juicio social les produce estrés o ansiedad, y el 30% que les genera culpa.

Por otro lado, Bequis et al. en 2019, afirman que muchas veces la familia juzga debido a la falta de consciencia en relación al esfuerzo que el cuidado conlleva. Esto se ve reflejado en la figura 17, donde el 50% se sienten juzgados también por familiares cercanos, y C2 (GF2) dice *“...otros parientes se han dedicado a hablar de mí y de que mi hijo está aquí...”*. Durante los grupos focales surge la preocupación del estigma por la cicatriz:

C1 (GF1): *“también la cicatriz, ay, como manejar el juicio por la cicatriz, como ayudarlos a ellos...”*

C2 (GF2): *“y ese estigma por la cicatriz...”*

C3 (GF2): *“de cómo ayudar al niño, que queda con la cicatriz también”*

C1 (GF2): *“..Si eso también el juicio por la herida...”*

Málaga et al., afirma “las personas manifestaron que tienen comentarios o reacciones negativas hacia otras que se ven físicamente diferentes debido a creencias disfuncionales sobre la diversidad”. En base a esta referencia, podemos llegar a comprender que en este caso la preocupación de los cuidadores del estigma a la cicatriz es en torno a la discriminación futura que posiblemente enfrente el niño.

Por otro lado, cabe recalcar que cuando se les preguntó en la encuesta “¿ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social?”, establecieron que no, únicamente el 10% señaló “no estoy seguro/a”. Por ende, no se pudo evidenciar que los cuidadores acudan al aislamiento social directamente como consecuencia del juicio social

Recopilando lo establecido, para esta población el juicio social no es simplemente percepción subjetiva, sino que es influenciado por los comentarios obtenidos de su entorno, principalmente del personal de salud y de la familia cercana. El hecho de que el 80% se haya sentido juzgado al menos en un momento, demuestra que las quemaduras pediátricas no son percibidas solo como un accidente médico, sino como producto de un “descuido” del cuidador, etiquetándolos como “negligentes”. Reforzando la vulnerabilidad del cuidador y provocando en él o ella estrés, ansiedad y procesos de autoestigma y culpa.

***Subvariable: Creencias Irracionales***

Retomando la TREC, el juicio social actuaría como un “acontecimiento activador”, según Díaz et al. (2017):

Cuando los individuos intentan conseguir sus metas, en los distintos ambientes que conforman su entorno, se van encontrando con acontecimientos activadores (A) que le permiten o dificultan la consecución de sus metas en función de las valoraciones que realicen de estas situaciones estimulares (p. 340).

Ante lo sucedido como hemos establecido anteriormente entre los resultados, los cuidadores son juzgados a nivel social, y al actuar como un acontecimiento activador, dispara creencias irracionales específicas en el individuo. Cabe destacar que el cuidador se evalúa a sí mismo de forma totalitaria ante lo sucedido. Como se puede observar en la encuesta el 50% se siente culpable de lo sucedido y el 30% considera que pudo haberlo evitado (figura 6). Esto es respaldado en los grupos focales, donde C1 (GF2) señala que “*uno siente culpa y piensa si debió haberlo evitado...*”, C2 (GF2) menciona que las personas les dicen “*se pudo haber evitado*” o “*usted que estaba haciendo*”, y C3 (GF2) afirma que se siente como “*que uno es irresponsable*”. Estas expresiones reflejan demanda o exigencia “debí” haberlo evitado, este imperativo impone una regla absoluta. Aquello también deriva en una condena global, donde el cuidador llega a etiquetarse a sí mismo como “culpable” e “irresponsable”. Díaz et al. (2017), las clasifica dentro de las creencias irracionales establecidas por la TREC, éstas son 4: demanda o exigencia, condena global, catastrofismo y baja tolerancia a la frustración. Por otro lado, se revela una fuerte tendencia al catastrofismo, en la figura

13 donde el 70% afirma que su mayor temor posterior la hospitalización es que el niño vuelva a quemarse, esperando que suceda lo peor, por lo cual dice C1 (GF1) *“uno ya no se quiere separar de su hijo, no esperábamos que esto pase y ya no queremos que le vuelva a pasar nada...”*. Así mismo, en la figura 8, los resultados de la encuesta arrojan que el 60% va a tener más precaución con el niño/a, y el 50% siente que va a estar siempre preocupada porque no le pase nada. Mientas que, dentro del 30%, respondieron *“ya no los voy a dejar a cuidado de otro”*. Está preocupación de que le vuelva a pasar algo, conlleva a que el cuidador caiga en la hipervigilancia, donde corta de raíz las redes de apoyo para el cuidado del niño esperando evitar riesgos futuros.

Ante lo mencionado, se puede concluir que malestar emocional del cuidador no es exclusivo del accidente, sino que es sostenido por un sistema de creencias irracionales de carácter multifactorial. Aunque estas creencias irracionales no se construyan únicamente debido al juicio social, este tiene un papel significativo. La forma en la que el cuidador se ve a sí mismo cambia, su autoimagen y autoestima, lo que intensifica este malestar emocional y afecta su capacidad de afrontamiento. Analizando los resultados, se puede concluir que, al caer en la hipervigilancia, en querer hacer las cosas diferentes posterior a la hospitalización, y no separarse del niño, buscan no volver a *“fallar”* como cuidadores, no volver a caer en este juicio de *“negligente”*, y aquí podemos percibir la baja tolerancia a la frustración, dejando todo para dedicarse al menor, porque le es insoportable experimentar este dolor y juicio.

***Subvariable: Fomento de redes de apoyo y grupos de pares***

Walsh (2016) desarrolla que las redes familiares y comunitarias ofrecen contención emocional y recursos prácticos que mitigan la vulnerabilidad de las familias en crisis. es fundamental contar con redes de apoyo para que el cuidador pueda afrontar la crisis. En especial en la experiencia clínica, para que los cuidadores no se sientan solos, como se refleja en los testimonios recogidos, el C1 (GF2) menciona que el grupo *“sería algo para sentirnos menos solos”*, mientras que, C2 (GF2) añade que *“A veces es bueno saber que no eres la única persona pasando por algo así”*, y C1 (GF1) también relata que *“si nos ayudaría mucho, hablar con otros”*. Este sentimiento de pertenencia, al juntarse con otro que están pasando o han pasado por lo mismo, permite una mayor apertura de parte de los participantes, esto se da debido a la identificación, como fue señalado por C2 (GF2) es por eso que *“todos los cuidadores*



*aquí nos apoyamos*”, y respaldado por el estudio de Schei et al. (2025) donde se identificó que los espacios compartidos entre familias de niños quemados fueron valorados por los participantes como “más valiosos que mil sesiones de terapia”.

Dentro de los grupos focales, se planteó la propuesta de grupos de apoyo dirigidos por un profesional. Ante lo cual se recibió una aceptación unánime, se recibieron respuestas como, “...si nos ayudase mucho” (C1- GF1), “si fuera positivo para nosotros...” (C2 - GF1), “Sería algo bueno” (C1 - GF2), “Si fuera bueno para aprender qué hacer” (C3 - GF2).

Por otro lado, también se consultó que temas a tratar durante las sesiones del grupo son de su interés, a lo que se recibió respuestas entorno a la gestión emocional y el manejo del entorno social:

C1 (GF1) *“...que nos ayude a como calmar esta preocupación y este miedo... la parte emocional más que todo, uno ya no se quiere separar de su hijo, no esperábamos que esto pase y ya no queremos que le vuelva a pasar nada... y también la cicatriz, ay, como manejar el juicio por la cicatriz, como ayudarlos a ellos...”*

C2 (GF1) *“... sería el tema emocional porque es muy difícil ver a tu hijo así... y ese estigma por la cicatriz...”*

C3 (GF1) *“Si, la parte emocional porque yo creo que la mamita de aquí y la mamita de aquí, ya no van a querer dejar a sus hijos solos, van a pasar preocupadas. No van a poder estar tranquilas...”*

C3 (GF2) *“Si fuera bueno para aprender qué hacer, cómo manejar la culpa y la angustia de estar aquí y del futuro, de cómo ayudar al niño, que queda con la cicatriz también...”*

C1 (GF2) *“...Si eso también el juicio por la herida...”*

Desde la psicología de la intervención, Brooks et al. (2020) señala que los grupos de apoyo guiados por un profesional evidencian eficacia en reducción de la culpa, el estrés y pueden intervenir en la percepción de aislamiento que tiene los cuidadores de niños con diagnósticos médicos complejos o en estado post quirúrgico.

Tomando en cuenta lo mencionado por los participantes, buscan un lugar donde puedan sentirse acompañados, que les brinde contención emocional y reducción de ansiedad, así mismo, herramientas para el manejo de las emociones (como la culpa, tristeza, preocupación constante) y una guía de cómo actuar ante el estigma social de la lesión por quemadura, todo con el fin de optar por su bienestar propio y el del niño.

En consecuencia, la implementación de grupos de apoyo adquiere un papel de vital importancia en el hospital pediátrico donde se ha llevado a cabo el estudio. Los resultados evidencian que los participantes (cuidadores de niños quemados) se sienten solos y no perciben un apoyo de parte del personal de salud. A modo de que reciban una atención integral, plena y efectiva, se propone implementar la terapia grupal.

## CONCLUSIONES

A modo de cierre el presente estudio permitió analizar la incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados hospitalizados en un hospital infantil, evidenciando que esta incidencia es significativa y se relaciona a distintas dimensiones del bienestar psicológico del cuidador. A partir de la integración entre el marco teórico, los resultados de la investigación y la práctica clínica, se concluye que el juicio social actúa como un factor que intensifica el malestar emocional y condiciona la forma en la que los cuidadores afrontan la hospitalización y el proceso de recuperación del niño.

Existe una incidencia directa del juicio social en el estado emocional de los cuidadores, generando emociones persistentes de culpa, miedo, angustia, tristeza y preocupación. Estas emociones se ven reforzadas por la percepción de estigmatización social asociada a las secuelas visibles de las quemaduras y a la atribución social de responsabilidad hacia el cuidador, lo que impacta negativamente en su equilibrio emocional y en la vivencia del rol de cuidador.

Los hallazgos permiten concluir que la incidencia del juicio social se manifiesta en primera instancia a nivel cognitivo. Desde un enfoque cognitivo conductual, específicamente a partir de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), se logró identificar que los cuidadores de los niños, quemados en un hospital infantil, tienden a generar pensamientos de exigencia, culpa y toman la evaluación negativa proveniente de su entorno; desde este modelo no buscamos explicar el malestar por el contenido de estos pensamientos en sí, sino por la relación que genera el cuidador con ellos, lo que influye según las evidencias en su interpretación del evento traumático y la convivencia con su rol como cuidador.

En segundo lugar, en plano emocional también se ve afectado por el juicio social de forma significativa, intensificando respuestas emocionales como ansiedad, angustia y miedo. La constante preocupación por la opinión de los demás y el posible señalamiento social, genera un estado de tensión emocional sostenida, que dificulta la aceptación y el contacto abierto con la experiencia emocional, además de aumentar los niveles de estrés del cuidador.

De la misma forma, los resultados obtenidos evidencian que el juicio social incide a nivel conductual y relacional. Los cuidadores adoptan conductas de evitación, cierran su círculo, recibiendo ayuda únicamente de un círculo selecto y restricción de la expresión emocional, por ejemplo, no mostrarse vulnerables o con miedo ante los demás, como un mecanismo de defensa frente a juicios externos. Estas conductas limitan la búsqueda de apoyo social y refuerzan la sensación de soledad, lo cual fue observado en las encuestas y grupos focales realizados. Desde el modelo ACT estas respuestas se comprenden como intentos de evitación experiencial frente al malestar generado por lo social. Encontramos que puede existir una limitación en las respuestas dadas por los cuidadores, donde no se evidenció la presencia de retraimiento social o aislamiento, por lo que se recomienda ampliar la investigación y el uso de encuestas y grupos focales a otros entornos hospitalarios o que correspondan a cuidadores de niños quemados.

Desde la investigación empírica, se concluye que los cuidadores presentan necesidad significativa de espacios de contención emocional y acompañamiento psicológico, los cuales no siempre están diseñados para sus necesidades específicas en el contexto hospitalario. Desde la práctica clínica hospitalaria, se observó que el abordaje individual, si bien resulta apropiado en ciertos casos, presenta limitaciones para atender la complejidad emocional asociada al juicio social. Muchos cuidadores encuentran dificultades para expresar emociones como la culpa o el miedo en espacios individuales, lo que se vio evidenciado en la elaboración de los grupos focales, donde los cuidadores pudieron exteriorizar sus emociones y pensamientos debido al apoyo y validación percibida de los otros cuidadores.

De las encuestas y grupos focales se identificaron elementos relevantes sobre los cuidadores; se observó que el rol del cuidador principal recae mayoritariamente en la madre, lo que puede implicar una sobrecarga emocional significativa, sobretodo cuando las circunstancias culturales y económicas dejan toda la responsabilidad en un cuidador, por ejemplo, cuando solo un padre trabaja y el otro se hace responsable en su totalidad del cuidado. El apoyo familiar y social, especialmente proveniente de otros cuidadores, se convierte en un factor protector frente al malestar emocional, reduciendo la vivencia de soledad y vulnerabilidad. Estos hallazgos resaltan la importancia de continuar con protocolos interdisciplinarios de abordaje en el contexto

hospitalario, donde el acompañamiento psicológico se articule con los aspectos médicos y sociales, reconociendo el lugar y rol de los cuidadores

En este contexto recomendamos la terapia grupal como una estrategia terapéutica pertinente para abordar las necesidades adicionales que hemos identificado en los cuidadores de niños quemados hospitalizados en un hospital infantil, ya que permite trabajar los procesos de fusión cognitiva y evitación experiencial asociados al juicio social. A través del intercambio con otros cuidadores se favorece la identificación, validación emocional y dándole otro sentido a las experiencias, facilitando cambios en la relación que los cuidadores mantienen con sus pensamientos, emociones y conductas. De este modo, la terapia grupal no solo potencia el trabajo terapéutico individual, sino que transforma el juicio social en una experiencia elaborable y compartida, ofreciendo un espacio donde ser vulnerable es un recurso terapéutico y el rol de ser cuidador se comprende como una experiencia humana que debe ser acompañada.

## REFERENCIAS

- Abreu, I. L., Oliveira, R., & Lomba, M. (2022). Problemas de salud experimentados por los padres de niños en estancia hospitalaria de larga duración. *Enfermería, Innovación y Ciencia*, 4(1), 51-62.
- Abreu, J. (2014). El método de la investigación Research Method. *Daena: International journal of good conscience*, 9(3), 195-204.
- Acosta, D., Soria, A., Barrezueta, Y., Velasco, J., Delgado, M., & Rivadeneira, A. (2022). Incidencia de quemaduras en el hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, en el periodo del 2014 al 2020. *Archivos de Medicina (Col)*, 22(1), 64-72.
- Aguilera, A. (2017). La Teoría de la atribución y su explicación de la creatividad. Recuperado de <https://scholar.archive.org/work/kocoluzowjc2lgmacyflgi7i/access/wayback/https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/pfigshare-u-files/8907625/Atribucinycreatividad.pdf>
- Aldunate, B., Canales, A., Mena, J., Paredes, F., & Pooley, F. (2020). Conocimiento de padres y/o cuidadores de niños (as) sobre primeros auxilios en quemaduras: Una revisión bibliográfica. *Revista Confluencia*, 3(2), 102-107.
- Alvear, M. F. (2013). *Consecuencias en la dinámica familiar de niños y niñas quemadas* [Tesis de licenciatura, Universidad Academia de Humanismo Cristiano]. Repositorio Institucional UAHC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2022). *Código de la Niñez y Adolescencia* (Última reforma: Edición Constitucional del Registro Oficial 262, 17-01-2022). Registro Oficial. <http://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/3365>
- Atuncar, E. (2021). Impacto emocional de los padres frente a la hospitalización del niño quemado en la unidad de cuidados intensivos de un instituto pediátrico de Lima, 2021.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2da ed.). Guilford Press.
- Bequis, M., Muñoz, Y., Pardo, D., Angulo, P., Blanco, A., Castro, A., Conde, D., & Corzo, J. (2019). Estigma familiar percibido por los cuidadores primarios de personas con enfermedad mental. *Duazary*, *16*(2), 103–123.
- Bouche, K., & Induruwage, M. (2023). *Burns, Classification and Management*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539773/>
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet* *395*(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Buitrago, R., & Sáenz, S. (2021). Autoimagen, Autoconcepto y Autoestima, Perspectivas Emocionales para el Contexto Escolar. *Educación y ciencia*, *25*, e12759.
- Cardenal, V., & Díaz, J. (2000). Diferencias según el sexo en autoestima y en su asociación con otras variables psicológicas en adolescentes. *Psicología Educativa*, *6*(1), 31–52.
- Casado, M. (s.f.) Problemas legales en pediatría. [https://www.spapex.es/sites/default/files/foro\\_2015\\_legal.pdf](https://www.spapex.es/sites/default/files/foro_2015_legal.pdf)
- Casas, J., Repullo, J., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, *31*(8), 527–538. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)70728-8](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(03)70728-8)
- Chaaya, R., Sfeir, M., El Khoury, S., Malhab, S., & El Khoury -Malhame, M. (2025). Adaptive versus maladaptive coping strategies: insight from Lebanese young adults navigating multiple crises. *BMC Public Health*, *25*(1), 1464.
- Chocontá, L. (2024). Afrontamiento de familias en un evento de quemadura en paciente pediátrico.

- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93).
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16.
- Creswell, J. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approach* (3ra ed.). SAGE Publications.
- De Mézerville, G. (2004). *Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés.*
- de Franco, M. F., & Solórzano, J. L. V. (2020). Paradigmas, enfoques y métodos de investigación: análisis teórico. *Mundo recursivo*, 3(1), 1-24.
- Del Olmo, R. (2021, 28 de enero). Teoría del juicio social. Rodrigo del Olmo. <https://www.rodrigodelolmo.com/teoria-del-juicio-social/>
- Delgado, C., & Urroz, F. (2024). *Caracterización de los factores sociofamiliares vinculados a la hospitalización de los menores del área pediátrica del hospital HEODRA* [Tesis doctoral].
- Delgado, M., Santamaría, C., Oliveros, J., Soria, A., Rivadeneira, A., Velasco, J., & Acosta, D. (2022). Tratamiento de niños gran quemados: Experiencia de 6 años en Guayaquil, Ecuador. *Archivos de Medicina*, 22(1), 20-27.
- Díaz, M., Ruiz, M., Villalobos, A. (2017). *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales.*
- Donath, O. (2016). *Madres arrepentidas: Una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales* (D. Najmías, Trad.). Reservoir Books.
- D'Zurilla, T., Goldfried, M. (1971) Problem solving and behavior modification. *Journal Abnormal Psychology*, 78(1), 107-26.



- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Espinoza, F., Castro, A., & Flores, L. (2021). *Cuidado integral de enfermería en pacientes pediátricos con quemaduras* [Trabajo de titulación, Universidad Estatal de Milagro]. Repositorio Institucional UNEMI. <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5361>
- Espinoza, J., Gutiérrez, G., & Esquivel, D. (2025). Estrés parental en contextos hospitalarios: Estudio de caso en pacientes pediátricos. *Santiago*, (166), 339-353.
- Espinoza, K., & Jofre, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30.
- Espinoza, K., Gutiérrez, M., & Esquivel, R. (2025). Factores estresantes y respuesta emocional en cuidadores de pacientes pediátricos con lesiones graves. *Revista de Psicología Clínica Infantil*, 12(1), 45-58.
- Etxebarria, I. (2003). Las emociones autoconscientes: culpa, vergüenza y orgullo. *Motivación y emoción: La adaptación humana*, 369-393.
- Fairfax, A., Brehaut, J., Colman, I., Sikora, L., Kazakova, A., & Potter, B. K. (2019). A systematic review of the association between coping strategies and quality of life among caregivers of children with chronic illness and/or disability. *BMC Pediatrics*, 19, 215.
- Gamboa, M. (2024). *Estrategias de Atención a Ruminationes Cognitivas e Insomnio en Pacientes con Enfermedades Crónicas*. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/87905>
- García, A. (2019). El estigma percibido y su impacto en la salud mental de los cuidadores primarios. *Anales de Psicología*, 35(2), 210-218.
- García, L. (2020). Estrategias de afrontamiento y control percibido en crisis hospitalarias. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 112-125.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.

- Gray, K. J. (2006). Coping and the social sharing of emotion in caregivers of children with chronic conditions. *Social Science & Medicine*, 62(9), 2121-2132.
- Guato, P., & Mendoza, S. (2022). Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica: Revisión descriptiva. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2).
- Guerrero, S. (2002). Cuidado del niño hospitalizado con apoyo familiar. *Avances en enfermería*, 20(2), 23-32.
- Hall, E., Saxe, G., Stoddard, F., Kaplow, J., Koenen, K., Chawla, N., Lopez, C., & King, D. (2006). Posttraumatic stress symptoms in parents of children with acute burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 403–412.
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente* (Ed. en español). Editorial Paidós.
- Hernández, L., & Solenzal, Y. (2020). Estrategias de afrontamiento en familias con niños con enfermedades crónicas. *Gaceta Médica Espirituana*, 22(1), 105-117.
- Herráiz, P., Andreu, E., Baranda, A., Rivera, C., & León, M. (2025). Abordaje de la violencia infantil en el ámbito hospitalario. *GUÍA*, 202.
- Herrera, A., Burga, E., & Díaz, N. (2019). Proceso de adaptación del cuidador familiar del paciente quemado. *Revista científica CURAE*, 2(1), 115-126.
- Herrera, S. (2018). *El juicio social en la psicología social* [Presentación]. Prezi. [https://prezi.com/p/v9i7cfno\\_zgm/el-juicio-social-en-la-psicologia-social/](https://prezi.com/p/v9i7cfno_zgm/el-juicio-social-en-la-psicologia-social/)
- Herndon, D. N. (Ed.). (2017). *Total Burn Care* (5ª ed.). Elsevier.
- Jaramillo Fernández, T. (2023). *Quemaduras en pediatría: estrategia para fortalecer la promoción de la salud de niños y adolescentes en el hogar* [Tesis, Universidad de Antioquia].
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878.

- Kemp, A. M., Jones, S., Lawson, Z., & Maguire, S. A. (2014). Patterns of burns and scalds in children. *Archives of Disease in Childhood*, 99(4), 316–321.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Leggett, A., Zarit, S., Kim, K., Almeida, D., & Klein, L. (2014). Depressive mood, anger, and daily cortisol of caregivers on high- and low-stress days. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70(6).
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. International Universities Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: The experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358–1368.
- López, M., Orueta, R., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona, J., & Alonso, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista clínica de medicina de familia*, 2(7), 332-339.
- Luciano, C., & Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79–91.
- Mahoney, M. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.
- Málaga, C., Oliveira, C., Rojas, M., Román, D., & Sánchez, A. (2024). Diagnóstico sobre estigma y discriminación del entorno social hacia los niños con quemaduras de una organización no gubernamental.
- Marquéz, A., & Cantón, V. (2023). Grado de ansiedad del cuidador primario del niño hospitalizado. *Nure Investigación*, (125).
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.

- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*.
- Moehrlen, T., Szucs, T., Landolt, M. A., Meuli, M., Schiestl, C., & Moehrlen, U. (2018). Trauma mechanisms and injury patterns in pediatric burn patients. *Burns*, *44*(2), 326–334.
- Moreno, B., Morante, M. E., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: El coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, *12*(2), 215–231.
- Naranjo, M. (2007). Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades Investigativas en Educación*, *7*(3).
- Nassar, A., & Al-Hadidi, M. (2023). Epidemiology and etiology of pediatric burns: A review. *Burns Open*, *7*(1), 1–7.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Quemaduras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Global burn registry: Epidemiología de lesiones por quemaduras pediátricas*.
- Ortega, V. (2021). Estudio correlacional: evitación experiencial, insomnio y rumiación en adolescentes. *MLS Psychology Research* *4*(1), 99-115. doi: 10.33000/mlspr.v4i1.641.
- Parker, G. (1983). Parental “affectionless control” as an antecedent to adult depression: A risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, *40*(9), 956–960.
- Perea, A., Loredó, A., López, G., Jordán, N., & Trejo, J. (2007). Negligencia o pobreza. El sobrediagnóstico del maltrato al menor. *Acta Pediátrica de México*, *28*(5), 193-197.
- Pérez, A., Sánchez, A., & Vargas, M. (2008). Albert Ellis (1913-2007): pionero de los modelos mediacionales de intervención. *Psicología conductual*, *16*(2), 341-348.

- Pérez, M., Muñoz, M., Parra L., & Del Pino, R. (2017). Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Atención Primaria*.
- Quezada, L. (2014). *Resiliencia en pacientes pediátricos sobrevivientes de quemaduras y síntomas de estrés postraumático en sus padres* [Tesis doctoral].
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741–756
- Real Academia Española. (s. f.). Contexto. En *Diccionario de la lengua española*. <https://dle.rae.es/contexto?m=form#AVBbFZW>
- Real Academia Española. (s. f.). Cuidador. En *Diccionario del estudiante*. <https://www.rae.es/diccionario-estudiante/cuidador>
- Romanowski, K., Palmieri, T., & Sen, S. (2022). Epidemiology and outcomes of pediatric burn injuries worldwide. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 852520.
- Romero, R., Márquez, M., Losada, A., Fernández, V., & Nogales, C. (2015). Rumiación y fusión cognitiva en el cuidado familiar de personas con demencia. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 50(5), 216-222.
- Ruiz, A., & Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de enfermería neurológica*, 11(3), 163-169.
- Santos, M., Ferraz, A., Garcia, M., & Pereira, M. (2024). Perceptions and experiences of parents of burn-injured children during hospital stay: a need for integrated care. *Healthcare*, 12(6), 614.
- Schei, V., Guttormsen, A., Lernevall, L., Almeland, S., & Schaufel, M. (2025). Parental experiences, coping and the impact of Family Burn Camp after paediatric burn injury: A qualitative study. *Burns*, 51(2), 107344.
- Schulz, R., & Sherwood, P. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*, 108(9), 23–27.

- Donaduzzi, D., Beck, C., Weiller, T., Fernandes, M., & Viero, V. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 24(1-2), 71-75. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100016>
- Simón, M., Bueno, A., Otero, P., Blanco, V., & Vázquez, F. (2019). Caregiver burden and sleep quality in dependent people's family caregivers. *Journal of Clinical Medicine*, 8(7), 1072.
- Spivack, G., & Shure, M. (1974). Social-problem-solving in childhood: A cognitive-developmental approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 83(3), 264–274.
- Tangney, J., & Dearing, R. (2002). Shame and guilt. *Guilford Press*.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (2008). La entrevista en profundidad.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
- Toro, R., Vulbuena, M., Riveros, D., Zapata, M., & Florez, A. (2020). Rumiación cognitiva y su relación con las psicopatologías internalizantes: Una revisión sistemática. *Psicumex*, 10(2), 1–28.
- Torres, D., & Saraguro, S. (2023). Caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes con quemaduras ingresados en el hospital general Isidro Ayora de Loja. *Enfermería Investiga*, 8(3), 25–30.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorders. *Self-Help and Clinical Expressions of ACT*, 61-82
- Vargas, J., & Alva, C. (2007). Juicio moral y autoestima en estudiantes escolares del quinto año de secundaria de colegios de Lima Metropolitana [Tesis de maestría, UNMSM].
- Vargas, V., & Cano, Y. (2024). Influencia de la presión social en la toma de decisiones del alumnado. *Revista científica multidisciplinaria OGMA*, 3(3), 21-33.
- Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). Guilford Press.

- Wickens, N., van Rensburg, E., de Gouveia Belinelo, P., Milroy, H., Martin, L., Wood, F., & Woolard, A. (2024). "It's a big trauma for the family": A qualitative insight into the psychological trauma of paediatric burns from the perspective of mothers. *Burns*, 50(1), 262-274.
- Willis, S., Latimer, L., & Pyle, R. (2025). Sustaining critical support services for relative caregivers through the COVID-19 pandemic and beyond. *GrandFamilies*, 8(1).
- Wong, P. (2019). Second wave positive psychology's (PP2.0) contribution to coping with stress and well-being during trauma and adversity. En M. Seligman (Ed.), *Positive psychology in practice*.
- Wong, P. (2020). *Made for resilience and happiness: Effective coping with COVID-19 according to Viktor E. Frankl and Paul T. P. Wong*. INPM Press.
- Yang, L., Kleinman, A., Link, B., Phelan, J., Lee, S., & Good, B. (2007). Cultura y estigma: La experiencia moral. *Este País*, 195, 4–15.
- Zarit, S. H., & Femia, E. E. (2008). A future for family care and dementia intervention research? Challenges and strategies. *Aging & Mental Health*, 12(1), 5–13.

## ANEXOS

### Consentimiento Informado para participantes de la Investigación

#### Consentimiento Informado para participantes de la Investigación

Yo \_\_\_\_\_ con C.I# \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en esta investigación: Incidencia del juicio social en el estado emocional de los Cuidadores de Niños Quemados en un Hospital Infantil.

He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar la incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados ingresados en un hospital infantil, con el fin de aportar información relevante que permita orientar futuras intervenciones psicológicas de apoyo.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista semidirigida la cual tomará aproximadamente entre 15 y 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha: 21 de enero del 2026



## Encuestas realizadas a cuidadores de niños quemados en un hospital infantil

Edad: 35

Sexo:

FEMENINO     MASCULINO     OTRO

Nivel de educación:

SIN INSTRUCCIÓN FORMAL     EDUCACIÓN BÁSICA  
 EDUCACIÓN SECUNDARIA     TÍTULO UNIVERSITARIO/ TECNÓLOGO  
 TÍTULO DE 4TO NIVEL (MAESTRÍA)

1. Vínculo del paciente:

PADRE     MADRE     HERMANO/A  
 TIA/TIO     ABUELO/A    OTRO: \_\_\_\_\_

2. ¿Quiénes viven en la casa?

PADRE     MADRE     HERMANO  
 HERMANA     TIA     TIO  
 ABUELO     ABUELA

3. A continuación, encontrará una lista de pensamientos que algunas personas pueden experimentar después de un accidente.

- Por favor, indique en cada categoría los pensamientos con los cuales se identifica. (escoja una o varias opciones)

¿Qué pienso de mí?	¿Qué piensan las personas de mí?	¿Qué pasará conmigo en el futuro?
<input checked="" type="checkbox"/> "Pude haberlo evitado"	<input type="checkbox"/> "Que fui descuidado/a"	<input type="checkbox"/> "No voy a poder estar tranquilo/a"
<input type="checkbox"/> "No estaba totalmente al pendiente"	<input checked="" type="checkbox"/> "Los doctores me han acusado de negligente"	<input checked="" type="checkbox"/> "Voy a tener más precaución con el niño/a"
<input type="checkbox"/> "Soy irresponsable"	<input type="checkbox"/> "Los otros cuidadores me entienden"	<input type="checkbox"/> "Es una experiencia de la que tengo que aprender lamentablemente"

	“Me siento culpable”	“Que no estaba pendiente de mis hijos”	X	“Ya no los voy a dejar al cuidado de otros”
	“Me siento tranquilo/a, son cosas que pasan”	“Me han dicho que a todos les puede pasar”		“Siento que voy a estar siempre preocupada porque no le pasa nada”

4. ¿Qué emociones han predominado desde el accidente?

- TRISTEZA                       CULPA                       PREOCUPACIÓN  
 FRUSTRACIÓN                       MIEDO                       ENOJO

5. ¿Cómo maneja esas emociones cuando aparecen?

- Distrayéndome con actividades (televisión, música, tareas del hogar)  
 Hablando con alguien de confianza  
 Guardándome las emociones / no expresándolas  
 Buscando apoyo profesional (psicólogo, médico)  
 Oración o actividades espirituales

6. ¿Conocía de alguna medida preventiva para las quemaduras?

- Sí                       No                       No estoy seguro/a

7. ¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización?

- SI                       NO                       PARCIALMENTE

8. ¿Cuál es su mayor preocupación después de la hospitalización?

- Que el niño vuelva a quemarse  
 El manejo adecuado de las curaciones y la medicación  
 Las secuelas físicas (cicatrices, movilidad, dolor)  
 El estado emocional del niño

- Mi propia capacidad para cuidarlo
- La situación económica

9. ¿Siente que ha tenido apoyo de alguien más?

- NUNCA
- MUY POCO
- MUCHO
- SIEMPRE

Y si la respuesta es positiva, ¿de quién?

- Un familiar que vive en la misma casa
- Un familiar que no vive en la casa
- Vecino
- Amigo
- Personal de salud
- Grupo religioso o comunidad
- No sabe / No responde

10. ¿Siente que otras personas lo juzgan por lo ocurrido?

- Sí, con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- No, nunca

11. ¿De quién percibe mayor juicio o críticas? (puede marcar más de una)

- Familiares cercanos
- Familiares lejanos
- Vecinos
- Amigos
- Personal de salud
- Personas desconocidas
- No percibo juicio de nadie

**12. ¿De qué manera cree que lo juzgan respecto al accidente? (puede marcar más de una)**

- Piensan que fue negligencia o descuido
- Consideran que no estoy cuidando adecuadamente al niño
- Me culpan directamente por lo sucedido
- Creen que exagero con los cuidados
- Creen que no hago suficiente
- No siento juicios específicos

**13. ¿Cómo le afecta el juicio social en su vida diaria?**

- Me genera culpa
- Me produce estrés o ansiedad
- Me hace evitar el contacto con otras personas
- Me hace dudar de mis decisiones como cuidador/a
- No me afecta

**14. ¿Ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social?**

- Sí, me he alejado de algunas personas

- Sí, siento más tensión en mis relaciones
- No ha cambiado
- Al contrario, algunas personas se han acercado más
- No estoy seguro/a

Edad: 21

Sexo:

FEMENINO     MASCULINO     OTRO

Nivel de educación:

SIN INSTRUCCIÓN FORMAL     EDUCACIÓN BÁSICA  
 EDUCACIÓN SECUNDARIA     TÍTULO UNIVERSITARIO/ TECNÓLOGO  
 TÍTULO DE 4TO NIVEL (MAESTRÍA)

1. Vínculo del paciente:

PADRE     MADRE     HERMANO/A  
 TIA/TIO     ABUELO/A    OTRO: \_\_\_\_\_

2. ¿Quiénes viven en la casa?

PADRE     MADRE     HERMANO  
 HERMANA     TIA     TIO  
 ABUELO     ABUELA

3. A continuación, encontrará una lista de pensamientos que algunas personas pueden experimentar después de un accidente.

- Por favor, indique en cada categoría los pensamientos con los cuales se identifica. (escoja una o varias opciones)

¿Qué pienso de mí?	¿Qué piensan las personas de mí?	¿Qué pasará conmigo en el futuro?
"Pude haberlo evitado"	"Que fui descuidado/a"	"No voy a poder estar tranquilo/a"
"No estaba totalmente al pendiente"	"Los doctores me han acusado de negligente"	<input checked="" type="checkbox"/> "Voy a tener más precaución con el niño/a"
"Soy irresponsable"	"Los otros cuidadores me entienden"	"Es una experiencia de la que tengo que aprender lamentablemente"

<input checked="" type="checkbox"/>	“Me siento culpable”		“Que no estaba pendiente de mis hijos”		“Ya no los voy a dejar al cuidado de otros”
	“Me siento tranquilo/a, son cosas que pasan”	<input checked="" type="checkbox"/>	“Me han dicho que a todos les puede pasar”	<input checked="" type="checkbox"/>	“Siento que voy a estar siempre preocupada porque no le pasa nada”

4. ¿Qué emociones han predominado desde el accidente?

- TRISTEZA                       CULPA                       PREOCUPACIÓN  
 FRUSTRACIÓN                       MIEDO                       ENOJO

5. ¿Cómo maneja esas emociones cuando aparecen?

- Distrayéndome con actividades (televisión, música, tareas del hogar)  
 Hablando con alguien de confianza  
 Guardándome las emociones / no expresándolas  
 Buscando apoyo profesional (psicólogo, médico)  
 Oración o actividades espirituales

6. ¿Conocía de alguna medida preventiva para las quemaduras?

- Sí                       No                       No estoy seguro/a

7. ¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización?

- SI                       NO                       PARCIALMENTE

8. ¿Cuál es su mayor preocupación después de la hospitalización?

- Que el niño vuelva a quemarse  
 El manejo adecuado de las curaciones y la medicación  
 Las secuelas físicas (cicatrices, movilidad, dolor)  
 El estado emocional del niño

- Mi propia capacidad para cuidarlo
- La situación económica

9. ¿Siente que ha tenido apoyo de alguien más?

- NUNCA
- MUY POCO
- MUCHO
- SIEMPRE

Y si la respuesta es positiva, ¿de quién?

- Un familiar que vive en la misma casa
- Un familiar que no vive en la casa
- Vecino
- Amigo
- Personal de salud
- Grupo religioso o comunidad
- No sabe / No responde

10. ¿Siente que otras personas lo juzgan por lo ocurrido?

- Sí, con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- No, nunca

11. ¿De quién percibe mayor juicio o críticas? (puede marcar más de una)



- Familiares cercanos
- Familiares lejanos
- Vecinos
- Amigos
- Personal de salud
- Personas desconocidas
- No percibo juicio de nadie

**12. ¿De qué manera cree que lo juzgan respecto al accidente? (puede marcar más de una)**

- Piensan que fue negligencia o descuido
- Consideran que no estoy cuidando adecuadamente al niño
- Me culpan directamente por lo sucedido
- Creen que exagero con los cuidados
- Creen que no hago suficiente
- No siento juicios específicos

**13. ¿Cómo le afecta el juicio social en su vida diaria?**

- Me genera culpa
- Me produce estrés o ansiedad
- Me hace evitar el contacto con otras personas
- Me hace dudar de mis decisiones como cuidador/a
- No me afecta

**14. ¿Ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social?**

- Sí, me he alejado de algunas personas

- Sí, siento más tensión en mis relaciones
- No ha cambiado
- Al contrario, algunas personas se han acercado más
- No estoy seguro/a

Edad: 32

Sexo:

FEMENINO     MASCULINO     OTRO

Nivel de educación:

SIN INSTRUCCIÓN FORMAL     EDUCACIÓN BÁSICA  
 EDUCACIÓN SECUNDARIA     TÍTULO UNIVERSITARIO/ TECNÓLOGO  
 TÍTULO DE 4TO NIVEL (MAESTRÍA)

1. Vínculo del paciente:

PADRE     MADRE     HERMANO/A  
 TIA/TIO     ABUELO/A    OTRO: \_\_\_\_\_

2. ¿Quiénes viven en la casa?

PADRE     MADRE     HERMANO  
 HERMANA     TIA     TIO  
 ABUELO     ABUELA

3. A continuación, encontrará una lista de pensamientos que algunas personas pueden experimentar después de un accidente.

- Por favor, indique en cada categoría los pensamientos con los cuales se identifica. (escoja una o varias opciones)

¿Qué pienso de mí?	¿Qué piensan las personas de mí?	¿Qué pasará conmigo en el futuro?
<input type="checkbox"/> "Pude haberlo evitado"	<input type="checkbox"/> "Que fui descuidado/a"	<input type="checkbox"/> "No voy a poder estar tranquilo/a"
<input type="checkbox"/> "No estaba totalmente al pendiente"	<input checked="" type="checkbox"/> "Los doctores me han acusado de negligente"	<input checked="" type="checkbox"/> "Voy a tener más precaución con el niño/a"
<input type="checkbox"/> "Soy irresponsable"	<input type="checkbox"/> "Los otros cuidadores me entienden"	<input checked="" type="checkbox"/> "Es una experiencia de la que tengo que aprender lamentablemente"

	“Me siento culpable”		“Que no estaba pendiente de mis hijos”		“Ya no los voy a dejar al cuidado de otros”
X	“Me siento tranquilo/a, son cosas que pasan”	X	“Me han dicho que a todos les puede pasar”		“Siento que voy a estar siempre preocupada porque no le pasa nada”

4. ¿Qué emociones han predominado desde el accidente?

- TRISTEZA       CULPA       PREOCUPACIÓN  
 FRUSTRACIÓN       MIEDO       ENOJO

5. ¿Cómo maneja esas emociones cuando aparecen?

- Distrayéndome con actividades (televisión, música, tareas del hogar)  
 Hablando con alguien de confianza  
 Guardándome las emociones / no expresándolas  
 Buscando apoyo profesional (psicólogo, médico)  
 Oración o actividades espirituales

6. ¿Conocía de alguna medida preventiva para las quemaduras?

- Sí       No       No estoy seguro/a

7. ¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización?

- SI       NO       PARCIALMENTE

8. ¿Cuál es su mayor preocupación después de la hospitalización?

- Que el niño vuelva a quemarse  
 El manejo adecuado de las curaciones y la medicación  
 Las secuelas físicas (cicatrices, movilidad, dolor)  
 El estado emocional del niño

- Mi propia capacidad para cuidarlo
- La situación económica

9. ¿Siente que ha tenido apoyo de alguien más?

- NUNCA
- MUY POCO
- MUCHO
- SIEMPRE

Y si la respuesta es positiva, ¿de quién?

- Un familiar que vive en la misma casa
- Un familiar que no vive en la casa
- Vecino
- Amigo
- Personal de salud
- Grupo religioso o comunidad
- No sabe / No responde

10. ¿Siente que otras personas lo juzgan por lo ocurrido?

- Sí, con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- No, nunca

11. ¿De quién percibe mayor juicio o críticas? (puede marcar más de una)

- Familiares cercanos
- Familiares lejanos
- Vecinos
- Amigos
- Personal de salud
- Personas desconocidas
- No percibo juicio de nadie

**12. ¿De qué manera cree que lo juzgan respecto al accidente? (puede marcar más de una)**

- Piensan que fue negligencia o descuido
- Consideran que no estoy cuidando adecuadamente al niño
- Me culpan directamente por lo sucedido
- Creen que exagero con los cuidados
- Creen que no hago suficiente
- No siento juicios específicos

**13. ¿Cómo le afecta el juicio social en su vida diaria?**

- Me genera culpa
- Me produce estrés o ansiedad
- Me hace evitar el contacto con otras personas
- Me hace dudar de mis decisiones como cuidador/a
- No me afecta

**14. ¿Ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social?**

- Sí, me he alejado de algunas personas

- Sí, siento más tensión en mis relaciones
- No ha cambiado
- Al contrario, algunas personas se han acercado más
- No estoy seguro/a

Edad: 38

Sexo:

FEMENINO     MASCULINO     OTRO

Nivel de educación:

SIN INSTRUCCIÓN FORMAL     EDUCACIÓN BÁSICA  
 EDUCACIÓN SECUNDARIA     TÍTULO UNIVERSITARIO/ TECNÓLOGO  
 TÍTULO DE 4TO NIVEL (MAESTRÍA)

1. Vínculo del paciente:

PADRE     MADRE     HERMANO/A  
 TIA/TIO     ABUELO/A    OTRO: \_\_\_\_\_

2. ¿Quiénes viven en la casa?

PADRE     MADRE     HERMANO  
 HERMANA     TIA     TIO  
 ABUELO     ABUELA

3. A continuación, encontrará una lista de pensamientos que algunas personas pueden experimentar después de un accidente.

- Por favor, indique en cada categoría los pensamientos con los cuales se identifica. (escoja una o varias opciones)

¿Qué pienso de mí?	¿Qué piensan las personas de mí?	¿Qué pasará conmigo en el futuro?
<input checked="" type="checkbox"/> "Pude haberlo evitado"	<input type="checkbox"/> "Que fui descuidado/a"	<input type="checkbox"/> "No voy a poder estar tranquilo/a"
<input type="checkbox"/> "No estaba totalmente al pendiente"	<input type="checkbox"/> "Los doctores me han acusado de negligente"	<input type="checkbox"/> "Voy a tener más precaución con el niño/a"
<input type="checkbox"/> "Soy irresponsable"	<input type="checkbox"/> "Los otros cuidadores me entienden"	<input type="checkbox"/> "Es una experiencia de la que tengo que aprender lamentablemente"



<input checked="" type="checkbox"/>	“Me siento culpable”		“Que no estaba pendiente de mis hijos”		“Ya no los voy a dejar al cuidado de otros”
	“Me siento tranquilo/a, son cosas que pasan”	<input checked="" type="checkbox"/>	“Me han dicho que a todos les puede pasar”	<input checked="" type="checkbox"/>	“Siento que voy a estar siempre preocupada porque no le pasa nada”

4. ¿Qué emociones han predominado desde el accidente?

- TRISTEZA                       CULPA                       PREOCUPACIÓN  
 FRUSTRACIÓN                       MIEDO                       ENOJO

5. ¿Cómo maneja esas emociones cuando aparecen?

- Distrayéndome con actividades (televisión, música, tareas del hogar)  
 Hablando con alguien de confianza  
 Guardándome las emociones / no expresándolas  
 Buscando apoyo profesional (psicólogo, médico)  
 Oración o actividades espirituales

6. ¿Conocía de alguna medida preventiva para las quemaduras?

- Sí                       No                       No estoy seguro/a

7. ¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización?

- SI                       NO                       PARCIALMENTE

8. ¿Cuál es su mayor preocupación después de la hospitalización?

- Que el niño vuelva a quemarse  
 El manejo adecuado de las curaciones y la medicación  
 Las secuelas físicas (cicatrices, movilidad, dolor)  
 El estado emocional del niño

- Mi propia capacidad para cuidarlo
- La situación económica

9. ¿Siente que ha tenido apoyo de alguien más?

- NUNCA
- MUY POCO
- MUCHO
- SIEMPRE

Y si la respuesta es positiva, ¿de quién?

- Un familiar que vive en la misma casa
- Un familiar que no vive en la casa
- Vecino
- Amigo
- Personal de salud
- Grupo religioso o comunidad
- No sabe / No responde

10. ¿Siente que otras personas lo juzgan por lo ocurrido?

- Sí, con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- No, nunca

11. ¿De quién percibe mayor juicio o críticas? (puede marcar más de una)

- Familiares cercanos
- Familiares lejanos
- Vecinos
- Amigos
- Personal de salud
- Personas desconocidas
- No percibo juicio de nadie

**12. ¿De qué manera cree que lo juzgan respecto al accidente? (puede marcar más de una)**

- Piensan que fue negligencia o descuido
- Consideran que no estoy cuidando adecuadamente al niño
- Me culpan directamente por lo sucedido
- Creen que exagero con los cuidados
- Creen que no hago suficiente
- No siento juicios específicos

**13. ¿Cómo le afecta el juicio social en su vida diaria?**

- Me genera culpa
- Me produce estrés o ansiedad
- Me hace evitar el contacto con otras personas
- Me hace dudar de mis decisiones como cuidador/a
- No me afecta

**14. ¿Ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social?**

- Sí, me he alejado de algunas personas

- Sí, siento más tensión en mis relaciones
- No ha cambiado
- Al contrario, algunas personas se han acercado más
- No estoy seguro/a

Edad: 25

Sexo:

FEMENINO     MASCULINO     OTRO

Nivel de educación:

SIN INSTRUCCIÓN FORMAL     EDUCACIÓN BÁSICA  
 EDUCACIÓN SECUNDARIA     TÍTULO UNIVERSITARIO/ TECNÓLOGO  
 TÍTULO DE 4TO NIVEL (MAESTRÍA)

1. Vínculo del paciente:

PADRE     MADRE     HERMANO/A  
 TIA/TIO     ABUELO/A    OTRO: \_\_\_\_\_

2. ¿Quiénes viven en la casa?

PADRE     MADRE     HERMANO  
 HERMANA     TIA     TIO  
 ABUELO     ABUELA

3. A continuación, encontrará una lista de pensamientos que algunas personas pueden experimentar después de un accidente.

- Por favor, indique en cada categoría los pensamientos con los cuales se identifica. (escoja una o varias opciones)

¿Qué pienso de mí?	¿Qué piensan las personas de mí?	¿Qué pasará conmigo en el futuro?
"Pude haberlo evitado"	"Que fui descuidado/a"	"No voy a poder estar tranquilo/a"
"No estaba totalmente al pendiente"	"Los doctores me han acusado de negligente"	"Voy a tener más precaución con el niño/a"
"Soy irresponsable"	"Los otros cuidadores me entienden"	"Es una experiencia de la que tengo que aprender lamentablemente"

<input checked="" type="checkbox"/>	“Me siento culpable”	<input checked="" type="checkbox"/>	“Que no estaba pendiente de mis hijos”	<input checked="" type="checkbox"/>	“Ya no los voy a dejar al cuidado de otros”
	“Me siento tranquilo/a, son cosas que pasan”		“Me han dicho que a todos les puede pasar”		“Siento que voy a estar siempre preocupada porque no le pasa nada”

4. ¿Qué emociones han predominado desde el accidente?

- TRISTEZA                       CULPA                       PREOCUPACIÓN  
 FRUSTRACIÓN                       MIEDO                       ENOJO

5. ¿Cómo maneja esas emociones cuando aparecen?

- Distrayéndome con actividades (televisión, música, tareas del hogar)  
 Hablando con alguien de confianza  
 Guardándome las emociones / no expresándolas  
 Buscando apoyo profesional (psicólogo, médico)  
 Oración o actividades espirituales

6. ¿Conocía de alguna medida preventiva para las quemaduras?

- Sí                       No                       No estoy seguro/a

7. ¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización?

- SI                       NO                       PARCIALMENTE

8. ¿Cuál es su mayor preocupación después de la hospitalización?

- Que el niño vuelva a quemarse  
 El manejo adecuado de las curaciones y la medicación  
 Las secuelas físicas (cicatrices, movilidad, dolor)  
 El estado emocional del niño

- Mi propia capacidad para cuidarlo
- La situación económica

9. ¿Siente que ha tenido apoyo de alguien más?

- NUNCA
- MUY POCO
- MUCHO
- SIEMPRE

Y si la respuesta es positiva, ¿de quién?

- Un familiar que vive en la misma casa
- Un familiar que no vive en la casa
- Vecino
- Amigo
- Personal de salud
- Grupo religioso o comunidad
- No sabe / No responde

10. ¿Siente que otras personas lo juzgan por lo ocurrido?

- Sí, con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- No, nunca

11. ¿De quién percibe mayor juicio o críticas? (puede marcar más de una)

- Familiares cercanos
- Familiares lejanos
- Vecinos
- Amigos
- Personal de salud
- Personas desconocidas
- No percibo juicio de nadie

**12. ¿De qué manera cree que lo juzgan respecto al accidente? (puede marcar más de una)**

- Piensan que fue negligencia o descuido
- Consideran que no estoy cuidando adecuadamente al niño
- Me culpan directamente por lo sucedido
- Creen que exagero con los cuidados
- Creen que no hago suficiente
- No siento juicios específicos

**13. ¿Cómo le afecta el juicio social en su vida diaria?**

- Me genera culpa
- Me produce estrés o ansiedad
- Me hace evitar el contacto con otras personas
- Me hace dudar de mis decisiones como cuidador/a
- No me afecta

**14. ¿Ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social?**

- Sí, me he alejado de algunas personas



- Sí, siento más tensión en mis relaciones
- No ha cambiado
- Al contrario, algunas personas se han acercado más
- No estoy seguro/a

Edad: 27

Sexo:

FEMENINO     MASCULINO     OTRO

Nivel de educación:

SIN INSTRUCCIÓN FORMAL     EDUCACIÓN BÁSICA  
 EDUCACIÓN SECUNDARIA     TÍTULO UNIVERSITARIO/ TECNÓLOGO  
 TÍTULO DE 4TO NIVEL (MAESTRÍA)

1. Vínculo del paciente:

PADRE     MADRE     HERMANO/A  
 TIA/TIO     ABUELO/A    OTRO: \_\_\_\_\_

2. ¿Quiénes viven en la casa?

PADRE     MADRE     HERMANO  
 HERMANA     TIA     TIO  
 ABUELO     ABUELA

3. A continuación, encontrará una lista de pensamientos que algunas personas pueden experimentar después de un accidente.

- Por favor, indique en cada categoría los pensamientos con los cuales se identifica. (escoja una o varias opciones)

¿Qué pienso de mí?	¿Qué piensan las personas de mí?	¿Qué pasará conmigo en el futuro?
<input type="checkbox"/> "Pude haberlo evitado"	<input checked="" type="checkbox"/> "Que fui descuidado/a"	<input type="checkbox"/> "No voy a poder estar tranquilo/a"
<input checked="" type="checkbox"/> "No estaba totalmente al pendiente"	<input checked="" type="checkbox"/> "Los doctores me han acusado de negligente"	<input checked="" type="checkbox"/> "Voy a tener más precaución con el niño/a"
<input type="checkbox"/> "Soy irresponsable"	<input type="checkbox"/> "Los otros cuidadores me entienden"	<input type="checkbox"/> "Es una experiencia de la que tengo que aprender lamentablemente"

	“Me siento culpable”	“Que no estaba pendiente de mis hijos”	“Ya no los voy a dejar al cuidado de otros”
X	“Me siento tranquilo/a, son cosas que pasan”	“Me han dicho que a todos les puede pasar”	X “Siento que voy a estar siempre preocupada porque no le pasa nada”

4. ¿Qué emociones han predominado desde el accidente?

- TRISTEZA       CULPA       PREOCUPACIÓN  
 FRUSTRACIÓN       MIEDO       ENOJO

5. ¿Cómo maneja esas emociones cuando aparecen?

- Distrayéndome con actividades (televisión, música, tareas del hogar)  
 Hablando con alguien de confianza  
 Guardándome las emociones / no expresándolas  
 Buscando apoyo profesional (psicólogo, médico)  
 Oración o actividades espirituales

6. ¿Conocía de alguna medida preventiva para las quemaduras?

- Sí       No       No estoy seguro/a

7. ¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización?

- SI       NO       PARCIALMENTE

8. ¿Cuál es su mayor preocupación después de la hospitalización?

- Que el niño vuelva a quemarse  
 El manejo adecuado de las curaciones y la medicación  
 Las secuelas físicas (cicatrices, movilidad, dolor)  
 El estado emocional del niño

- Mi propia capacidad para cuidarlo
- La situación económica

9. ¿Siente que ha tenido apoyo de alguien más?

- NUNCA
- MUY POCO
- MUCHO
- SIEMPRE

Y si la respuesta es positiva, ¿de quién?

- Un familiar que vive en la misma casa
- Un familiar que no vive en la casa
- Vecino
- Amigo
- Personal de salud
- Grupo religioso o comunidad
- No sabe / No responde

10. ¿Siente que otras personas lo juzgan por lo ocurrido?

- Sí, con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- No, nunca

11. ¿De quién percibe mayor juicio o críticas? (puede marcar más de una)

- Familiares cercanos
- Familiares lejanos
- Vecinos
- Amigos
- Personal de salud
- Personas desconocidas
- No percibo juicio de nadie

**12. ¿De qué manera cree que lo juzgan respecto al accidente? (puede marcar más de una)**

- Piensan que fue negligencia o descuido
- Consideran que no estoy cuidando adecuadamente al niño
- Me culpan directamente por lo sucedido
- Creen que exagero con los cuidados
- Creen que no hago suficiente
- No siento juicios específicos

**13. ¿Cómo le afecta el juicio social en su vida diaria?**

- Me genera culpa
- Me produce estrés o ansiedad
- Me hace evitar el contacto con otras personas
- Me hace dudar de mis decisiones como cuidador/a
- No me afecta

**14. ¿Ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social?**

- Sí, me he alejado de algunas personas

- Sí, siento más tensión en mis relaciones
- No ha cambiado
- Al contrario, algunas personas se han acercado más
- No estoy seguro/a

Edad: 30

Sexo:

FEMENINO     MASCULINO     OTRO

Nivel de educación:

SIN INSTRUCCIÓN FORMAL     EDUCACIÓN BÁSICA  
 EDUCACIÓN SECUNDARIA     TÍTULO UNIVERSITARIO/ TECNÓLOGO  
 TÍTULO DE 4TO NIVEL (MAESTRÍA)

1. Vínculo del paciente:

PADRE     MADRE     HERMANO/A  
 TIA/TIO     ABUELO/A    OTRO: \_\_\_\_\_

2. ¿Quiénes viven en la casa?

PADRE     MADRE     HERMANO  
 HERMANA     TIA     TIO  
 ABUELO     ABUELA

3. A continuación, encontrará una lista de pensamientos que algunas personas pueden experimentar después de un accidente.

- Por favor, indique en cada categoría los pensamientos con los cuales se identifica. (escoja una o varias opciones)

¿Qué pienso de mí?	¿Qué piensan las personas de mí?	¿Qué pasará conmigo en el futuro?
<input type="checkbox"/> "Pude haberlo evitado"	<input checked="" type="checkbox"/> "Que fui descuidado/a"	<input type="checkbox"/> "No voy a poder estar tranquilo/a"
<input type="checkbox"/> "No estaba totalmente al pendiente"	<input type="checkbox"/> "Los doctores me han acusado de negligente"	<input type="checkbox"/> "Voy a tener más precaución con el niño/a"
<input type="checkbox"/> "Soy irresponsable"	<input checked="" type="checkbox"/> "Los otros cuidadores me entienden"	<input type="checkbox"/> "Es una experiencia de la que tengo que aprender lamentablemente"

<input checked="" type="checkbox"/>	“Me siento culpable”	“Que no estaba pendiente de mis hijos”	<input checked="" type="checkbox"/>	“Ya no los voy a dejar al cuidado de otros”
	“Me siento tranquilo/a, son cosas que pasan”	“Me han dicho que a todos les puede pasar”	<input checked="" type="checkbox"/>	“Siento que voy a estar siempre preocupada porque no le pasa nada”

4. ¿Qué emociones han predominado desde el accidente?

- TRISTEZA                       CULPA                       PREOCUPACIÓN  
 FRUSTRACIÓN                       MIEDO                       ENOJO

5. ¿Cómo maneja esas emociones cuando aparecen?

- Distrayéndome con actividades (televisión, música, tareas del hogar)  
 Hablando con alguien de confianza  
 Guardándome las emociones / no expresándolas  
 Buscando apoyo profesional (psicólogo, médico)  
 Oración o actividades espirituales

6. ¿Conocía de alguna medida preventiva para las quemaduras?

- Sí                       No                       No estoy seguro/a

7. ¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización?

- SI                       NO                       PARCIALMENTE

8. ¿Cuál es su mayor preocupación después de la hospitalización?

- Que el niño vuelva a quemarse  
 El manejo adecuado de las curaciones y la medicación  
 Las secuelas físicas (cicatrices, movilidad, dolor)  
 El estado emocional del niño



- Mi propia capacidad para cuidarlo
- La situación económica

9. ¿Siente que ha tenido apoyo de alguien más?

- NUNCA
- MUY POCO
- MUCHO
- SIEMPRE

Y si la respuesta es positiva, ¿de quién?

- Un familiar que vive en la misma casa
- Un familiar que no vive en la casa
- Vecino
- Amigo
- Personal de salud
- Grupo religioso o comunidad
- No sabe / No responde

10. ¿Siente que otras personas lo juzgan por lo ocurrido?

- Sí, con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- No, nunca

11. ¿De quién percibe mayor juicio o críticas? (puede marcar más de una)

- Familiares cercanos
- Familiares lejanos
- Vecinos
- Amigos
- Personal de salud
- Personas desconocidas
- No percibo juicio de nadie

**12. ¿De qué manera cree que lo juzgan respecto al accidente? (puede marcar más de una)**

- Piensan que fue negligencia o descuido
- Consideran que no estoy cuidando adecuadamente al niño
- Me culpan directamente por lo sucedido
- Creen que exagero con los cuidados
- Creen que no hago suficiente
- No siento juicios específicos

**13. ¿Cómo le afecta el juicio social en su vida diaria?**

- Me genera culpa
- Me produce estrés o ansiedad
- Me hace evitar el contacto con otras personas
- Me hace dudar de mis decisiones como cuidador/a
- No me afecta

**14. ¿Ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social?**

- Sí, me he alejado de algunas personas

- Sí, siento más tensión en mis relaciones
- No ha cambiado
- Al contrario, algunas personas se han acercado más
- No estoy seguro/a

Edad: 23

Sexo:

FEMENINO     MASCULINO     OTRO

Nivel de educación:

SIN INSTRUCCIÓN FORMAL     EDUCACIÓN BÁSICA  
 EDUCACIÓN SECUNDARIA     TÍTULO UNIVERSITARIO/ TECNÓLOGO  
 TÍTULO DE 4TO NIVEL (MAESTRÍA)

1. Vínculo del paciente:

PADRE     MADRE     HERMANO/A  
 TIA/TIO     ABUELO/A    OTRO: \_\_\_\_\_

2. ¿Quiénes viven en la casa?

PADRE     MADRE     HERMANO  
 HERMANA     TIA     TIO  
 ABUELO     ABUELA

3. A continuación, encontrará una lista de pensamientos que algunas personas pueden experimentar después de un accidente.

- Por favor, indique en cada categoría los pensamientos con los cuales se identifica. (escoja una o varias opciones)

¿Qué pienso de mí?	¿Qué piensan las personas de mí?	¿Qué pasará conmigo en el futuro?
<input type="checkbox"/> "Pude haberlo evitado"	<input type="checkbox"/> "Que fui descuidado/a"	<input type="checkbox"/> "No voy a poder estar tranquilo/a"
<input checked="" type="checkbox"/> "No estaba totalmente al pendiente"	<input checked="" type="checkbox"/> "Los doctores me han acusado de negligente"	<input checked="" type="checkbox"/> "Voy a tener más precaución con el niño/a"
<input type="checkbox"/> "Soy irresponsable"	<input type="checkbox"/> "Los otros cuidadores me entienden"	<input type="checkbox"/> "Es una experiencia de la que tengo que aprender lamentablemente"

	“Me siento culpable”	“Que no estaba pendiente de mis hijos”	“Ya no los voy a dejar al cuidado de otros”
	“Me siento tranquilo/a, son cosas que pasan”	“Me han dicho que a todos les puede pasar”	“Siento que voy a estar siempre preocupada porque no le pasa nada”

4. ¿Qué emociones han predominado desde el accidente?

- TRISTEZA       CULPA       PREOCUPACIÓN  
 FRUSTRACIÓN       MIEDO       ENOJO

5. ¿Cómo maneja esas emociones cuando aparecen?

- Distrayéndome con actividades (televisión, música, tareas del hogar)  
 Hablando con alguien de confianza  
 Guardándome las emociones / no expresándolas  
 Buscando apoyo profesional (psicólogo, médico)  
 Oración o actividades espirituales

6. ¿Conocía de alguna medida preventiva para las quemaduras?

- Sí       No       No estoy seguro/a

7. ¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización?

- SI       NO       PARCIALMENTE

8. ¿Cuál es su mayor preocupación después de la hospitalización?

- Que el niño vuelva a quemarse  
 El manejo adecuado de las curaciones y la medicación  
 Las secuelas físicas (cicatrices, movilidad, dolor)  
 El estado emocional del niño

- Mi propia capacidad para cuidarlo
- La situación económica

9. ¿Siente que ha tenido apoyo de alguien más?

- NUNCA
- MUY POCO
- MUCHO
- SIEMPRE

Y si la respuesta es positiva, ¿de quién?

- Un familiar que vive en la misma casa
- Un familiar que no vive en la casa
- Vecino
- Amigo
- Personal de salud
- Grupo religioso o comunidad
- No sabe / No responde

10. ¿Siente que otras personas lo juzgan por lo ocurrido?

- Sí, con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- No, nunca

11. ¿De quién percibe mayor juicio o críticas? (puede marcar más de una)

- Familiares cercanos
- Familiares lejanos
- Vecinos
- Amigos
- Personal de salud
- Personas desconocidas
- No percibo juicio de nadie

**12. ¿De qué manera cree que lo juzgan respecto al accidente? (puede marcar más de una)**

- Piensan que fue negligencia o descuido
- Consideran que no estoy cuidando adecuadamente al niño
- Me culpan directamente por lo sucedido
- Creen que exagero con los cuidados
- Creen que no hago suficiente
- No siento juicios específicos

**13. ¿Cómo le afecta el juicio social en su vida diaria?**

- Me genera culpa
- Me produce estrés o ansiedad
- Me hace evitar el contacto con otras personas
- Me hace dudar de mis decisiones como cuidador/a
- No me afecta

**14. ¿Ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social?**

- Sí, me he alejado de algunas personas

- Sí, siento más tensión en mis relaciones
- No ha cambiado
- Al contrario, algunas personas se han acercado más
- No estoy seguro/a



Edad: 23

**Sexo:**

FEMENINO     MASCULINO     OTRO

**Nivel de educación:**

SIN INSTRUCCIÓN FORMAL     EDUCACIÓN BÁSICA  
 EDUCACIÓN SECUNDARIA     TÍTULO UNIVERSITARIO/ TECNÓLOGO  
 TÍTULO DE 4TO NIVEL (MAESTRÍA)

**1. Vínculo del paciente:**

PADRE     MADRE     HERMANO/A  
 TIA/TIO     ABUELO/A    OTRO: \_\_\_\_\_

**2. ¿Quiénes viven en la casa?**

PADRE     MADRE     HERMANO  
 HERMANA     TIA     TIO  
 ABUELO     ABUELA

**3. A continuación, encontrará una lista de pensamientos que algunas personas pueden experimentar después de un accidente.**

- Por favor, indique en cada categoría los pensamientos con los cuales se identifica. (escoja una o varias opciones)

¿Qué pienso de mí?	¿Qué piensan las personas de mí?	¿Qué pasará conmigo en el futuro?
<input checked="" type="checkbox"/> "Pude haberlo evitado"	<input type="checkbox"/> "Que fui descuidado/a"	<input type="checkbox"/> "No voy a poder estar tranquilo/a"
<input type="checkbox"/> "No estaba totalmente al pendiente"	<input checked="" type="checkbox"/> "Los doctores me han acusado de negligente"	<input checked="" type="checkbox"/> "Voy a tener más precaución con el niño/a"
<input type="checkbox"/> "Soy irresponsable"	<input checked="" type="checkbox"/> "Los otros cuidadores me entienden"	<input checked="" type="checkbox"/> "Es una experiencia de la que tengo que aprender lamentablemente"

<input checked="" type="checkbox"/>	“Me siento culpable”	<input checked="" type="checkbox"/>	“Que no estaba pendiente de mis hijos”		“Ya no los voy a dejar al cuidado de otros”
	“Me siento tranquilo/a, son cosas que pasan”		“Me han dicho que a todos les puede pasar”	<input checked="" type="checkbox"/>	“Siento que voy a estar siempre preocupada porque no le pasa nada”

4. ¿Qué emociones han predominado desde el accidente?

- TRISTEZA       CULPA       PREOCUPACIÓN  
 FRUSTRACIÓN       MIEDO       ENOJO

5. ¿Cómo maneja esas emociones cuando aparecen?

- Distrayéndome con actividades (televisión, música, tareas del hogar)  
 Hablando con alguien de confianza  
 Guardándome las emociones / no expresándolas  
 Buscando apoyo profesional (psicólogo, médico)  
 Oración o actividades espirituales

6. ¿Conocía de alguna medida preventiva para las quemaduras?

- Sí       No       No estoy seguro/a

7. ¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización?

- SI       NO       PARCIALMENTE

8. ¿Cuál es su mayor preocupación después de la hospitalización?

- Que el niño vuelva a quemarse  
 El manejo adecuado de las curaciones y la medicación  
 Las secuelas físicas (cicatrices, movilidad, dolor)  
 El estado emocional del niño

- Mi propia capacidad para cuidarlo
- La situación económica

9. ¿Siente que ha tenido apoyo de alguien más?

- NUNCA
- MUY POCO
- MUCHO
- SIEMPRE

Y si la respuesta es positiva, ¿de quién?

- Un familiar que vive en la misma casa
- Un familiar que no vive en la casa
- Vecino
- Amigo
- Personal de salud
- Grupo religioso o comunidad
- No sabe / No responde

10. ¿Siente que otras personas lo juzgan por lo ocurrido?

- Sí, con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- No, nunca

11. ¿De quién percibe mayor juicio o críticas? (puede marcar más de una)

- Familiares cercanos
- Familiares lejanos
- Vecinos
- Amigos
- Personal de salud
- Personas desconocidas
- No percibo juicio de nadie

**12. ¿De qué manera cree que lo juzgan respecto al accidente? (puede marcar más de una)**

- Piensan que fue negligencia o descuido
- Consideran que no estoy cuidando adecuadamente al niño
- Me culpan directamente por lo sucedido
- Creen que exagero con los cuidados
- Creen que no hago suficiente
- No siento juicios específicos

**13. ¿Cómo le afecta el juicio social en su vida diaria?**

- Me genera culpa
- Me produce estrés o ansiedad
- Me hace evitar el contacto con otras personas
- Me hace dudar de mis decisiones como cuidador/a
- No me afecta

**14. ¿Ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social?**

- Sí, me he alejado de algunas personas

- Sí, siento más tensión en mis relaciones
- No ha cambiado
- Al contrario, algunas personas se han acercado más
- No estoy seguro/a

Edad: 45

Sexo:

FEMENINO     MASCULINO     OTRO

Nivel de educación:

SIN INSTRUCCIÓN FORMAL     EDUCACIÓN BÁSICA  
 EDUCACIÓN SECUNDARIA     TÍTULO UNIVERSITARIO/ TECNÓLOGO  
 TÍTULO DE 4TO NIVEL (MAESTRÍA)

1. Vínculo del paciente:

PADRE     MADRE     HERMANO/A  
 TIA/TIO     ABUELO/A    OTRO: \_\_\_\_\_

2. ¿Quiénes viven en la casa?

PADRE     MADRE     HERMANO  
 HERMANA     TIA     TIO  
 ABUELO     ABUELA

3. A continuación, encontrará una lista de pensamientos que algunas personas pueden experimentar después de un accidente.

- Por favor, indique en cada categoría los pensamientos con los cuales se identifica. (escoja una o varias opciones)

¿Qué pienso de mí?	¿Qué piensan las personas de mí?	¿Qué pasará conmigo en el futuro?
<input type="checkbox"/> "Pude haberlo evitado"	<input checked="" type="checkbox"/> "Que fui descuidado/a"	<input type="checkbox"/> "No voy a poder estar tranquilo/a"
<input type="checkbox"/> "No estaba totalmente al pendiente"	<input type="checkbox"/> "Los doctores me han acusado de negligente"	<input type="checkbox"/> "Voy a tener más precaución con el niño/a"
<input type="checkbox"/> "Soy irresponsable"	<input checked="" type="checkbox"/> "Los otros cuidadores me entienden"	<input checked="" type="checkbox"/> "Es una experiencia de la que tengo que aprender lamentablemente"

	“Me siento culpable”	“Que no estaba pendiente de mis hijos”	“Ya no los voy a dejar al cuidado de otros”
X	“Me siento tranquilo/a, son cosas que pasan”	“Me han dicho que a todos les puede pasar”	“Siento que voy a estar siempre preocupada porque no le pasa nada”

4. ¿Qué emociones han predominado desde el accidente?

- TRISTEZA       CULPA       PREOCUPACIÓN  
 FRUSTRACIÓN       MIEDO       ENOJO

5. ¿Cómo maneja esas emociones cuando aparecen?

- Distrayéndome con actividades (televisión, música, tareas del hogar)  
 Hablando con alguien de confianza  
 Guardándome las emociones / no expresándolas  
 Buscando apoyo profesional (psicólogo, médico)  
 Oración o actividades espirituales

6. ¿Conocía de alguna medida preventiva para las quemaduras?

- Sí       No       No estoy seguro/a

7. ¿Conoce los cuidados posteriores a la hospitalización?

- SI       NO       PARCIALMENTE

8. ¿Cuál es su mayor preocupación después de la hospitalización?

- Que el niño vuelva a quemarse  
 El manejo adecuado de las curaciones y la medicación  
 Las secuelas físicas (cicatrices, movilidad, dolor)  
 El estado emocional del niño

- Mi propia capacidad para cuidarlo
- La situación económica

9. ¿Siente que ha tenido apoyo de alguien más?

- NUNCA
- MUY POCO
- MUCHO
- SIEMPRE

Y si la respuesta es postiva, ¿de quién?

- Un familiar que vive en la misma casa
- Un familiar que no vive en la casa
- Vecino
- Amigo
- Personal de salud
- Grupo religioso o comunidad
- No sabe / No responde

10. ¿Siente que otras personas lo juzgan por lo ocurrido?

- Sí, con frecuencia
- A veces
- Rara vez
- No, nunca

11. ¿De quién percibe mayor juicio o críticas? (puede marcar más de una)



- Familiares cercanos
- Familiares lejanos
- Vecinos
- Amigos
- Personal de salud
- Personas desconocidas
- No percibo juicio de nadie

**12. ¿De qué manera cree que lo juzgan respecto al accidente? (puede marcar más de una)**

- Piensan que fue negligencia o descuido
- Consideran que no estoy cuidando adecuadamente al niño
- Me culpan directamente por lo sucedido
- Creen que exagero con los cuidados
- Creen que no hago suficiente
- No siento juicios específicos

**13. ¿Cómo le afecta el juicio social en su vida diaria?**

- Me genera culpa
- Me produce estrés o ansiedad
- Me hace evitar el contacto con otras personas
- Me hace dudar de mis decisiones como cuidador/a
- No me afecta

**14. ¿Ha cambiado su relación con otras personas debido al juicio social?**

- Sí, me he alejado de algunas personas

- Sí, siento más tensión en mis relaciones
- No ha cambiado
- Al contrario, algunas personas se han acercado más
- No estoy seguro/a



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Egas Veintimilla, Camila Fernanda**, con C.C: # **0924860703** y **Silva Barroso, Fabia Emilia** con C.C. # **0924851264** autoras del trabajo de titulación: **Incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados en un hospital infantil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro/Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo/Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, 18 de febrero de 2026**

f. \_\_\_\_\_

*CamilaEgasV.*

**Egas Veintimilla, Camila Fernanda**  
C.C: 0924860703

f. \_\_\_\_\_

*FabiaBarroso*

**Silva Barroso, Fabia Emilia**  
C.C:0924851264



## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados en un hospital infantil.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Egas Veintimilla, Camila Fernanda Silva Barroso, Fabia Emilia		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Psic. Cl. Peñafiel Torres, Carolina Eugenia Mgs		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Psicología, Educación y Comunicación		
<b>CARRERA:</b>	Psicología Clínica		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciada en psicología Clínica		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	18 de febrero de 2026	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	178
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Psicología Clínica; Terapia Cognitivo Conductual; Quemaduras Pediátricas		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Cuidadores; Quemaduras Pediátricas; Distorsiones cognitivas; Estado Emocional; Juicio Social; Salud Mental		

#### **RESUMEN/ABSTRACT**

El presente estudio analiza la incidencia del juicio social en el estado emocional de los cuidadores de niños quemados hospitalizados en un hospital infantil. Desde un enfoque cualitativo, se exploraron las vivencias emocionales de los cuidadores durante el proceso de hospitalización, identificándose emociones predominantes de culpa, miedo, angustia, tristeza y preocupación, intensificadas por el estigma social asociado a las secuelas de las quemaduras. El estudio se sustenta en el enfoque cognitivo conductual, integrando aportes de la segunda generación desde la Terapia Racional Emotiva Conductual, y desde lo contextual en la tercera generación con la Terapia de Aceptación y Compromiso y modelo ABC, que permitió comprender la relación: pensamientos, emociones y conductas. Los resultados de encuestas y grupos focales evidencian la necesidad de intervenciones psicológicas que contemplen al cuidador como parte del proceso terapéutico. A partir de la integración entre teoría, investigación y práctica clínica hospitalaria, se recomienda implementación de terapia grupal como estrategia que favorezca el apoyo mutuo, la validación emocional y el fortalecimiento del trabajo terapéutico.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593 96 922 8428 +593 96 981 6332	<b>E-mail:</b> camilaegas1@outlook.com fabia.silva@cu.ucsg.edu.ec
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Colmont Martínez, Marcia Ivette, Mgs.</b>	
	<b>Teléfono: +593-4-2209210</b>	
	<b>E-mail: marcia.colmont@cu.ucsg.edu.ec</b>	

#### **SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA**

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	