



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO Y SOPORTE SOCIAL EN PADRES DE
NIÑOS HOSPITALIZADOS POR QUEMADURAS**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología
Clínica que presenta la Bachiller:

KATRINA VERÓNICA SALCEDO GARCÉS

Asesora: Pamela Núñez del Prado Chaves

LIMA-PERÚ

2019

Agradecimientos

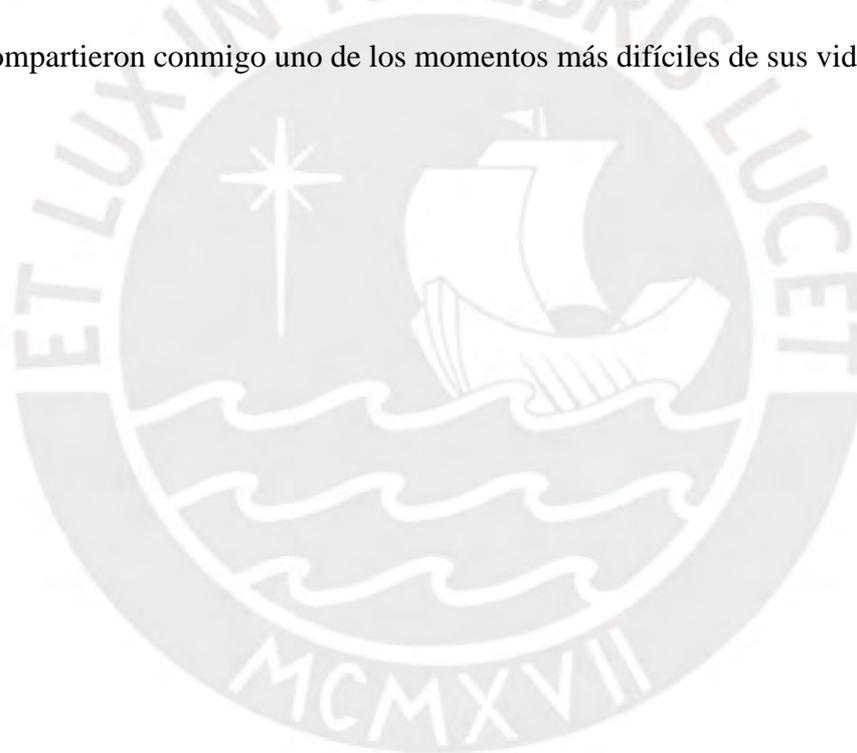
A mis papás por ser mi mayor apoyo durante toda mi carrera; por escucharme cuantas veces sea necesario, hasta la hora que sea, por siempre incentivar me a ver el lado positivo de las cosas y por ser los mejores consejeros que hay - los quiero hasta el infinito.

A mi hermano por motivarme a seguir mi pasión. A Cami por inspirarme. A Juandi por todo.

A Pame por ser mucho más que una asesora de tesis.

A mis amigas por el constante apoyo.

A todas las personas que participaron en esta investigación, y en especial a los papás que compartieron conmigo uno de los momentos más difíciles de sus vidas.



Resumen

Las quemaduras son la tercera causa de muerte en la población pediátrica y sobrevivir a ello resulta traumático tanto para el niño como para sus padres. Numerosas investigaciones demuestran que los individuos pueden experimentar ciertos beneficios a raíz de un evento altamente estresante: entre ellos el Crecimiento Postraumático (CPT). El CPT ocurre tras la exposición a un evento traumático y es definido como una transformación positiva que conlleva cambios en tres niveles: en el sí mismo, en las relaciones interpersonales y en la filosofía de vida. El objetivo del presente estudio fue determinar si el soporte social era un factor predictor del CPT en padres de niños hospitalizados por quemaduras. Para lograrlo, se contó con la participación voluntaria de 143 padres de niños internos en un hospital de Lima, Perú. Se aplicó la Escala de Crecimiento Postraumático (Tedeschi & Calhoun, 1996), el Cuestionario de Transacciones de Soporte Social (CTSS; Suurmeijer et al., 1995) y el Cuestionario de Satisfacción de Soporte Social (CSSS; Doeglas et al., 1996). Los resultados demostraron que el soporte social tiene un impacto en todos los dominios del CPT, siendo mayores los cambios en el área de *relación con los demás*. Se concluye que se debe propiciar espacios de reflexión sobre la quemadura infantil entre los padres, para fortalecer las redes de soporte informal ocurrentes de manera espontánea en el contexto hospitalario.

Palabras clave: *crecimiento postraumático, soporte social, padres, quemaduras pediátricas*

Abstract

Burns are the third leading cause of death in pediatric population worldwide, and surviving one results traumatic for both the victim and its parents. A growing body of literature suggests that individuals may experience certain benefits from stressful life events; such as Posttraumatic Growth (PTG). PTG refers to positive changes that an individual experience as a result of a struggle with a traumatic event. Said changes can occur in three levels: oneself, relationship with others, and in the philosophy of life. The aim of this study was to examine the role that Social Support plays over PTG amongst parents of children hospitalized for severe burns. The Posttraumatic Growth Scale (Tedeschi & Calhoun, 1996), Questionnaire for Social Support Transactions (CTSS; Suurmeijer et al., 1995) along with the Questionnaire for Social Support Satisfaction (CSSS; Doeglas et al., 1996) were applied to 143 parents in a hospital in Lima. Results show that social support impacts positively on PTG and its dimensions, especially on the dimension *relating to others*. In conclusion, facilitating a space where parents can discuss the burn of their child, should be encouraged in order to strengthen the informal support networks that occur spontaneously in the hospital context.

Key words: *posttraumatic growth, social support, parents, pediatric burn injury.*

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	14
Análisis de datos	18
Resultados	21
Discusión	29
Referencias bibliográficas	39
Apéndices	49
Apéndice A: Consentimiento informado	
Apéndice B: Ficha sociodemográfica	



Introducción

En el mundo, se estima que 263 niños mueren a diario como resultado de quemaduras (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], 2008), siendo la tercera causa más común de mortalidad infantil y la quinta causa de lesiones no fatales durante la infancia (Unicef, 2008), llegando a constituir el 8% de las consultas en Servicios de Urgencia (Ferj, 2009). Anualmente, en Perú se atienden más de 15 mil niños por quemaduras al año (Ministerio de Salud del Perú [MINSA], 2015), de los cuales se reporta un estimado de 900 pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN). Se encontró que un 80% de quemaduras infantiles son producidas por contacto con líquidos calientes y un descuido parental (MINSA, 2015) y que dichos accidentes se dan con mayor frecuencia en familias de bajos recursos. Además, los niños menores de 5 años constituyen un grupo de alto riesgo para sufrir quemaduras, puesto que los accidentes asociados a este tipo de lesión frecuentemente responden a su curiosidad, rápido desarrollo motor e inhabilidad para reconocer situaciones potencialmente peligrosas (Hernández, Fajardo & Navarro, 2012).

Una lesión grave por quemaduras requiere de hospitalización y ello altera radicalmente la rutina de la víctima y sus padres (Bakker, Van der Heijden, Van Son, Van de Schoot & Van Loey, 2011; De Grau & Fernández, 2010). Por lo tanto, es común que dicha experiencia genere en los involucrados diversas alteraciones emocionales, tales como sentimientos de pérdida de control y temor frente a los procedimientos médicos (De Young, Kenardy, Cobham, & Kimble, 2012; Stochel-Gaudyn, Sktadzien, Skalski & Fyderek, 2013).

Para los padres, que su hijo sufra una quemadura severa es de las experiencias más traumáticas que pueden experimentar (Guerrero, 2008), presentando incluso un mayor grado de malestar psicológico que las víctimas (Langeland & Olf, 2008). En los cuidadores se

encuentran niveles significativos de ansiedad, sensación de incompetencia, culpabilidad, desesperanza, impotencia, depresión, y percepción de trauma (Bakker, Maertens, Van Son & Van Loey, 2013; Colville & Pierce, 2012; De Oliveira, et al, 2016; Fernández-Castillo, Vílchez-Lara & López-Naranjo, 2013; Goicochea & Rivera, 2014; Romero, Carvajal & Rueda, 2011). Dichas vivencias se agudizan al ser testigo del evento, pues presenciar el dolor del niño y temer por su vida resulta una experiencia abrumadora (Barros, et al., 2012).

Además de lo previamente expuesto, la percepción de trauma y nivel de estrés en los padres suele ser significativa tras la hospitalización de un infante debido a la alteración de roles, dificultades financieras, autoabandono, aumento de responsabilidades por las exigencias médicas y quiebre de la rutina (Barros, et al., 2012; Kelsey, 2011; Ramírez, Pino, Springumller & Clavería, 2014; Romero, et al., 2011; Stochel-Gaudyn, et al., 2013).

Un evento traumático es definido por la Asociación Psiquiátrica Americana [APA] como la exposición a una amenaza de muerte, lesiones graves, violencia sexual o amenaza a la integridad física, o psicológica, de uno mismo o una persona allegada (2013). Tedeschi y Calhoun (2004) agregan que factores como cuán repentinamente sucede el evento y la percepción de falta de control pueden sumar a la intensidad del trauma, la cual a su vez estará mediada por la percepción subjetiva del individuo (Braga, Fiks, Mari, & Mello, 2008; Taku, Cann, Tedeschi, & Calhoun, 2009). Es posible, entonces, entender que ser testigo de una quemadura grave de un hijo pequeño se trata de un acontecimiento traumático en tanto la vida del niño peligra, el accidente ocurre de manera inesperada, tiene efectos a largo plazo y puede interrumpir de manera sustancial la narrativa personal y parental (Tedeschi & Calhoun, 1995).

Bonnano (2004) ha categorizado las posibles respuestas a un trauma en tres categorías diferenciadas. En primera instancia, el individuo, en este caso el padre, puede sentirse abrumado y rendido ante las implicancias económicas, sociales, físicas y emocionales de la quemadura del niño (también denominado estresor) y experimente sintomatología depresiva y ansiosa, generalmente dentro de los cuadros denominados trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático (Bostock, Sheikh, & Barton, 2009; Linley, Joseph, & Goodfellow, 2008). En segunda instancia, podría el padre mostrar resiliencia, es decir expresar respuestas de carácter adaptativo para lidiar con las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de las quemaduras (Gaxiola, 2013; Noriega, Angulo & Hernández, 2011). Finalmente, en tercera instancia, el padre puede mostrar un crecimiento positivo, producto del afrontamiento con el evento traumático, lo cual ha sido comúnmente denominado en la literatura científica como *crecimiento postraumático* (CPT) (Calhoun & Tedeshi, 1999).

En los últimos 150 años, la comunidad científica ha generado gran variedad de evidencia sobre el tema, especialmente para el primer tipo de respuesta, es decir la sintomatología y consecuencias negativas que pueden emerger luego de un evento percibido como traumático. No obstante, es posible observar un incremento significativo en el interés por estudiar aspectos y/o características positivas asociadas al afrontamiento y respuesta a un trauma, tal y como lo es la quemadura grave de un hijo, es decir el segundo y tercer tipo de respuesta denominados *resiliencia* y *crecimiento postraumático* (Acinas, 2014; Contreras & Beltrán, 2015; Hungerbuehler, Vollrath & Landolt 2011; Michel, Taylor, Absolom & Eiser, 2010; Ochoa, Castejón, Sumalla, & Blanco, 2013).

Si bien ambos conceptos han sido comúnmente relacionados en la literatura (Ogińska-Bulik

& Kobylarczyk 2016; Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz & Solomon, 2009), es importante diferenciarlos. De acuerdo con Tedeschi y Calhoun (2004) la *resiliencia* se caracteriza por ser una cualidad preexistente al trauma, que permite, por ejemplo, al padre del niño mantener un funcionamiento similar al previo a la quemadura a pesar de las circunstancias adversas, y así disminuir significativamente la percepción del evento como traumático. Por otro lado, el CPT implica que, en este caso, la quemadura desafíe sus creencias básicas acerca del mundo y de sí mismo, replanteando así su sistema de creencias y valores, lo cual da a lugar a la percepción de un crecimiento personal significativo y un nivel de funcionamiento excedente al que tenía previo a la experiencia traumática asociada a la quemadura (Akhtar, 2017; Lindstrom, Cann, Calhoun & Tedeschi, 2013). Es decir que, a diferencia de la *resiliencia*, el CPT no se trata de un ajuste ante un evento traumático, sino de una respuesta ante el mismo (Yu, Peng, Chen, Long, He, Li & Wang, 2014). En consecuencia, es posible señalar que el CPT y el trastorno de estrés postraumático se encuentran íntimamente relacionados, en tanto el CPT no anula el sufrimiento del individuo (Calhoun, Cann, Tedeschi & McMillan, 1998). En cambio, la *resiliencia* podría ser en realidad un factor perjudicial para el desarrollo del CPT y el estrés postraumático ya que facilita un mejor afrontamiento a la adversidad, disminuyendo así el impacto del evento que puede ser considerado traumático, como lo es la quemadura de un hijo (Tedeschi & Calhoun, 2004; Westphal & Bonanno, 2007).

Calhoun & Tedeschi (2006) reportan que entre un 30% y 90 % de sujetos que atraviesan por momentos traumáticos muestran elementos de crecimiento. De la misma manera, Cho y Park (2013), encontraron que entre un 55% y 83% de las personas señalan haber experimentado una sensación de crecimiento luego de una experiencia de trauma; y es posible concluir que un mayor potencial traumático del evento podría favorecer el desarrollo de mayores niveles de CPT (Barr, 2011). Si bien existe vasta literatura de CPT en padres de niños hospitalizados

(Aftyka, Rozalska - Walaszek, Rybojad & Karakuła - Juchnowicz, 2017; Picocaró, Womer, Kazak & Feudtner, 2014; Rodríguez, Alonso, Kassam-Adams & Garrido, 2016) especialmente en neonatos (Barr, 2011; Janvier, et al., 2016), aún existe un vacío en padres de niños hospitalizados por quemaduras, a pesar de la alta prevalencia de dicha causa (MINSA, 2015).

El CPT es definido como un proceso transformacional que puede ocurrir tras un evento considerado traumático por el individuo. Se manifiesta conductual y cognitivamente en 5 factores: *fuerza personal, mayor valoración de las relaciones interpersonales, nuevas posibilidades, apreciación de la vida y cambio espiritual* (Brunet, McDonough, Hadd, Crocker & Sabiston, 2010; Páez, Campos & Bilbao, 2008; Taku, Cann, Calhoun & Tedeschi, 2008; Tedeschi & Calhoun, 2004). Tedeschi y Calhoun (2013) consideran que dichos factores pueden ser catalogados dentro de tres categorías conceptuales. En primer lugar, se encuentran *cambios en la autopercepción*, en tanto el afrontamiento efectivo de eventos, tales como la quemadura grave de un hijo, pueden potenciar la confianza que el padre tiene en sí mismo para afrontar cualquier adversidad. El individuo, en este caso el padre, podría caer en cuenta que tiene las habilidades hasta ese entonces desconocidas, para soportar, sobrevivir y sobreponerse a ese momento de crisis. Ello puede conllevar a un incremento en la creencia de fuerza personal y por consiguiente mejoras en el autoestima (Tedeschi & Calhoun, 2004). En segundo lugar, se hallan los *cambios en las relaciones interpersonales*, los cuales se refieren al fortalecimiento de algunas relaciones tras la vivencia de un trauma como lo es la quemadura grave de un hijo. Los cambios se manifiestan en mayor facilidad para expresarse y comodidad para abrirse emocionalmente, lo que lleva a una valoración positiva de las relaciones interpersonales del individuo. Asimismo, se reporta una mayor compasión por otros, especialmente quienes atraviesan momentos difíciles (Bauwens & Tosone, 2010;

Rosenbach & Ronneberg 2008). Este incremento en la compasión puede ir acompañado de un compromiso por ayudar a reducir el sufrimiento de otros (Calhoun & Tedeschi, 2013). En tercer lugar, es también posible observar *cambios en la filosofía de vida*, los cuales, de acuerdo con la evidencia empírica, son los más frecuentes en personas que han visto su propia vida en riesgo. Estos cambios incluyen una mayor conciencia de la misma, que va de la mano con un mayor placer en disfrutar las cosas cotidianas (Ogińska-Bulik & Juczyński, 2010) y por consecuencia, un incremento en su apreciación. Otro cambio importante refiere a la reorganización de las prioridades; dándole más valor al tiempo compartido con los seres queridos (Tedeschi & Calhoun, 2004) tal y como en el caso de padres de niños quemados, pasar más tiempo con ellos. Asimismo, las personas manifiestan mayor madurez, gratitud y una conexión espiritual más fuerte (Tedeschi & Calhoun, 2004). Colville y Cream (2009) encuestaron a 100 padres ingleses cuyos hijos estaban hospitalizados, y encontraron que un 88% de ellos indicaban haber tenido grandes cambios a raíz de dicha experiencia; siendo estos mayores en las dimensiones de *autopercepción*, *apreciación por la vida* y en las *relaciones con los otros*.

Sin embargo, es importante resaltar que ciertos autores cuestionan la veracidad del CPT (Sumalla et al., 2009; Ransom, Sheldon & Jacobsen, 2008), valiéndose del argumento que no existe manera de diferenciar entre la evaluación personal del crecimiento postraumático y de la ocurrencia real del mismo. La fuente principal de esta crítica se basa en que las medidas de CPT son de autoreporte, en donde se pide que la persona haga una comparación en ciertos aspectos de su vida en dos momentos distintos; pre y post trauma. Frente a estas críticas, se han hecho estudios en donde se comparan los resultados de autoreporte, con las impresiones de personas cercanas al sujeto, y ambas respuestas guardaban una correlación moderada, indicando que los cambios eran perceptibles a terceros y ello daría cuenta de la veracidad

obtenida mediante un autoreporte, en tanto no constaría solo de una apreciación personal (Park, Mills-Baxter, & Fenster, 2006).

El creciente interés en la ocurrencia del CPT también suscitó investigaciones con el objetivo de encontrar posibles factores que favorezcan el desarrollo de dicho fenómeno. En la actualidad, existen diversos estudios que dan cuenta de variables de carácter interno y externo de la persona que generan una mayor predisposición al CPT. Entre las variables externas se resaltan la severidad del trauma, el tiempo de exposición a las condiciones traumáticas y el soporte social (Cadell, Regehr, & Hemsworth, 2010). Dentro de las variables internas, se encuentran las estrategias de afrontamiento, el procesamiento cognitivo, la rumiación, experiencias previas de trauma, las características de personalidad, la espiritualidad y ciertas variables sociodemográficas (Armstrong, Shakespeare-Finch & Shochet, 2014; Nisa, & Rizvi, 2016; Tedeschi & Calhoun, 2004). Entre ellas, la edad juega un gran papel, en tanto las personas más jóvenes reportarían mayor predisposición para el CPT que las personas mayores pues presentan una mayor flexibilidad de pensamiento y ello facilitaría la asimilación del mundo cambiado (Boyle, Stanton, Ganz, & Bower; 2017; Prati & Pietrantonio, 2009; Schroevers, et al., 2010). Asimismo, con respecto al género, las mujeres tienden a presentar puntuaciones medias estadísticamente más altas del CPT, en tanto experimentan mayor estrés en respuesta a un evento traumático (Akbar & Witruk, 2016; McDonough, et al., 2014; Teixeira & Pereira, 2013; Vishnevsky, Cann, Calhoun, Tedeschi & Demakis, 2010; Yi & Kim, 2014), y se ha mencionado previamente que una mayor percepción de trauma, incrementa la probabilidad de desarrollar CPT (Barr, 2011). Además, las mujeres muestran mayor tendencia a buscar ayuda de otros en momentos difíciles, dando cuenta de la importancia que tiene el soporte social en dichas situaciones (Swickert & Hittner, 2009).

En línea con esto, diversos estudios señalan que una de las variables más importantes en el desarrollo del CPT es el soporte social y las conexiones con personas que hayan experimentado alguna situación de trauma similar (Bhat & Rangaiah, 2015; Calhoun & Tedeshi, 2013; Hawley et al., 2017; McDonough, Sabiston, & Wrosch, 2014; Nenova, DuHamel, Zemon, Rini & Redd, 2013). Cobb (1976) describe el soporte social como la información que lleva al sujeto a creer que es cuidado, amado y valorado. Puede ser entendido como una red de apoyo capaz de brindar recursos psicológicos y materiales que facilitan la adaptación frente a eventos abrumadores (Cohen, 2004), sirviendo como amortiguador frente a dichas situaciones (Cobb, 1976). Es por esto, que dicho constructo está altamente relacionado a la salud mental y al ajuste psicológico pues es considerado un *facilitador de salud*, al satisfacer la necesidad de afiliación, afecto y pertenencia, y un *reductor de estrés*, mediante la provisión de ayuda y consejo (Suurmeijer, et al., 1995).

Es importante tomar en cuenta que existen diversos enfoques para medir el soporte social. Ciertos autores se enfocan en la disponibilidad del soporte, viéndolo como una red de recursos de apoyo en donde el tamaño del grupo y la estructura del mismo son elementos fundamentales (Vaux, Burda & Stewart, 1986), mientras otros optan por determinar la calidad de vínculo sostenido por las personas (Salovey, Bedell, Detweiler & Mayer, 2000). Una tercera forma de entender el soporte social, es a partir la función que cumple (Schwarzer, Hahn & Schröder, 1994). Partiendo de dicha perspectiva, se distinguen dos dimensiones del soporte social: el recibido, que consta de las transacciones reales de ayuda e intercambios, que recibe un individuo (Barrera, 1986); y el percibido, el cual corresponde al componente subjetivo y concierne a las creencias que sostiene una persona con respecto a que uno es amado, cuidado por otro, respetado y/o auxiliado cuando lo necesita (Cobb,

1976) . Esta última alude al grado en el que el individuo considera que sus necesidades de soporte han sido satisfechas.

Asimismo, es necesario precisar que Caplan (1974) distingue tres vertientes del soporte social: el de tipo *emocional*, que refiere al afecto, seguridad empatía, capacidad para desahogarse con otros y cuidado, el de tipo *instrumental*, que refiere a la ayuda material, práctica o financiera (como lo es el préstamo de dinero) y el *acompañamiento social*, referido a interacciones positivas en diversas actividades. Estos serán manifestados de manera diaria u orientada a algún problema específico (Jacobson, 1986).

A partir de lo anteriormente expuesto, se puede comprender potencial que tiene el soporte social en la salud psicológica del individuo. Se ha establecido previamente que dicho recurso es un amortiguador de distintos elementos que podrían deteriorar la salud física ó psicológica (Cobb, 1976), llegando incluso a ser considerado un factor protector contra la depresión (Brown, Bhrolchain & Harris, 1975) y la morbilidad física asociada al estrés (Cassel, 1976). Además, autores como Cohen y Wills (1985) establecen que una persona con mayor disponibilidad de soporte social estará más expuesta a experiencias positivas, y por ende, las personas con más soporte social, tendrán mejores índices de salud (Cohen & Mckay, 1984).

Del mismo modo, diversas investigaciones realizadas con padres de niños internados, reportan que el soporte social es de vital importancia en el contexto hospitalario puesto que tiene efectos significativos en la disminución del estrés y el aumento de bienestar físico, y psicológico, de estos (Bayat, Erdem, & Gül, 2008; Boztepe, Inci & Tanhan, 2015; Herrera, Florez, Romero & Montalvo, 2012; Vega & González, 2009). Por lo tanto, es posible hipotetizar el rol esencial que juega el soporte social en el desarrollo del CPT de padres de

niños hospitalizados por quemaduras. Sin embargo, en la actualidad no existen estudios que analicen y profundicen la relación de ambos constructos en esta muestra específica.

Se ha encontrado que la posibilidad de expresar sentimientos y pensamientos con otros favorece el procesamiento del trauma e incrementan las posibilidades de experimentar CPT (Hungerbuehler, et al., 2011; Lindstrom, et al., 2013; Prati & Petrantoni, 2009; Rimé, Páez, Basabe & Martínez, 2009; Sumalla, Ochoa & Blanco, 2009). Además, el hecho de narrar un evento traumático y sus consecuencias emocionales, invitan al individuo a reflexionar acerca del mismo, lo que contribuye a la búsqueda de un significado de dicho suceso ó la posibilidad modificar el significado previamente atribuido (Arnosó et al., 2011, Thoits, 2011). Específicamente, durante el proceso de compartir historias de trauma y aprender sobre la experiencia de otros, se puede apreciar una mayor cercanía entre los individuos y ello puede fortalecer las relaciones. Además, el CPT puede facilitarse a través de la percepción de un alto grado de disponibilidad de apoyo en el ambiente (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Una investigación realizada en Turquía con 210 madres de neonatos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) encontró que la percepción del soporte social era el mayor predictor del CPT, afectándolo en un 79.4 % (Boztepe, Inci & Tanhan, 2015). De la misma manera, Young (2017) encontró en una muestra de 222 madres de niños con cáncer que el soporte social era el elemento más importante para el desarrollo del CPT.

Se considera pertinente trabajar el soporte social percibido con los padres, puesto que diversos estudios encontraron que la reacción que estos tengan frente a un situación adversa, guarda una relación con el ajuste del niño a dicho evento (Alisic, Jongmans, Van Wesel, & Kleber, 2011; Burns-Nader, Hernandez-Reif & Porter, 2014; De Young et al., 2011; Landolt,

Ystrom, Sennhauser, Gnehm, & Vollrath, 2012; Langeland & Olf, 2008; Cox, Kenardy, & Hendrikz, 2008; Franck, Mcquillan, Wray, Grocott & Goldman, 2010; Graf et al., 2011; Marsac, Donlon, Winston, & Kassam-Adams, 2013; Young, 2017). En otras palabras, el promover el bienestar en los padres influiría de manera indirecta en el bienestar del niño hospitalizado también. Asimismo, la totalidad de los esfuerzos dirigidos a la recuperación del trauma va dirigido a los niños que la han sufrido, sin considerar que para los padres el tener a su cuidado a un niño quemado es altamente traumático (Guerrero, 2008). Por último, se agrega que la incidencia de quemaduras infantiles y su consecuente hospitalización es elevada (OMS, 2014). En tal sentido, se hace imprescindible contar con investigaciones que permitan obtener información relevante para aliviar, dentro de lo posible, la experiencia de los padres de niños hospitalizados por quemaduras. A partir de la información recogida, se deben hacer esfuerzos para desarrollar intervenciones que faciliten el crecimiento postraumático de los padres tras la quemadura infantil.

En los últimos años, las investigaciones sobre la ocurrencia del CPT en diversos contextos, incluyendo la hospitalización de un hijo, han incrementado (Aftyka, et al., 2017; Barr, 2011; Colville & Cream, 2009; Phillip, et al., 2008; Yonemoto, Kamibeppu, Ishii, Iwata & Tatzaki, 2012). Asimismo, es importante señalar que en el contexto peruano los estudios realizados con CPT son limitados; encontrándose el de Gargurevich (2016) en una muestra de estudiantes peruanos afectados por el terremoto del 2007. Sin embargo, se ha estudiado el CPT en diversas muestras chilenas y argentinas (Avilés, Cova, Bustos & García, 2014; Esparza, Leibovich, & Martínez, 2016; García, et al., 2014; García, Jaramillo, Martínez, Valenzuela, & Cova Solar, 2014). El presente estudio es el primero que busca comprender el grado en el que el soporte social impacta en el desarrollo del CPT en padres de niños hospitalizados por quemaduras. De encontrarse el efecto del soporte social en el subsiguiente

desarrollo del CPT en dicha muestra, se podrán diseñar intervenciones acordes que lo promuevan.

En consecuencia, el objetivo principal de la presente investigación es determinar si el soporte social es un factor predictor del crecimiento postraumático en padres de niños hospitalizados por quemaduras. Los objetivos específicos son los siguientes: 1. Determinar si las 2 dimensiones del soporte social son factores predictores de las 5 dimensiones del crecimiento postraumático; y 2. Determinar si las variables sociodemográficas edad y sexo son factores predictores en el desarrollo del CPT y sus dimensiones



Método

Participantes

La investigación contó con una muestra de 143 participantes, constituida por padres en Lima Metropolitana, que se encontraban en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) acompañando a un niño menor de 10 años hospitalizado por quemaduras de segundo o tercer grado. Dicho criterio se incluyó para tener una muestra más homogénea. Asimismo, se procuró que el niño en mención no esté más de 6 meses internado.

En cuanto a las características sociodemográficas de los participantes, se obtuvo una mayoría femenina (68.5%) y la edad osciló entre los 16 y los 55 años con una media de 32.56 años ($DE=6.39$). Del total, un 75.5% ha nacido en el interior del país y un 24.5% en Lima. Entre los encuestados se encontró que un 90.9% de los participantes mantiene una relación de pareja, sea casado o conviviente, frente a un 4.9% que son solteros y un 4.2% que son separados. Con respecto al grado de instrucción, un 60.1% había culminado secundaria, 16.1% había terminado primaria y 11.9% han seguido estudios superiores, sean técnicos o universitarios, un 0.7% no pudo continuar sus estudios superiores y un 10.2% no lograron culminar la etapa escolar. En esta línea, 50.3% se encuentran con un trabajo estable. Por otro lado, la mayor parte se considera a sí misma como creyente de alguna religión (83.1%), habiendo una mayoría católica (52.5%). Finalmente, un 80.4% de los participantes reportaron haber estado presente al momento de la quemadura de su hijo (Tabla 1).

Se agrega que los participantes fueron encuestados de manera voluntaria e individual, luego de haber firmado un consentimiento informado (Apéndice A), en donde se explican los alcances y el propósito del presente estudio. Además, se les recalcó que la información recogida sería manejada bajo estándares éticos que aseguran la confidencialidad y el anonimato del participante. Asimismo, se dejó claro que los participantes podrían retirarse en

cualquier momento, si es que así lo deseaban. Los instrumentos, detallados en el apartado posterior, fueron aplicados de manera oral (Apéndice B).

Tabla 1

Distribución de la muestra según variables sociodemográficas (N=143)

	%
Género	
Masculino	31.5
Femenino	68.5
Edad	
16 - 20	2.8
21 - 25	9.1
26 - 30	22.4
31 - 35	39.1
36 - 40	18.2
41 - 45	4.9
48 - 50	1.4
51 - 55	2.1
Lugar de Nacimiento	
Lima	24.5
Interior del país	75.5
Estado Civil	
Soltero	4.9
Conviviente	66.4
Casado	24.5
Separado	4.2
Grado de Instrucción/Nivel Educativo	
Primaria Incompleta	3.5
Primaria Completa	16.1
Secundaria Incompleta	7.7
Secundaria Completa	60.1
Estudios Superiores Incompletos	0.7
Técnico/Superior	11.9
Religión	
Católica	52.5
Cristiana	13.1
Adventista	4.9
Evangélica	12.6
Ateo	16.9
Condición Laboral	
Empleado	50.3
No empleado	49.7

Medición

Crecimiento Postraumático

PTGI: Escala de Crecimiento Postraumático desarrollada por Tedeschi y Calhoun (1996). Se trata de un inventario de auto reporte que consta de un cuestionario que comprende 21 ítems en cinco subescalas: *nuevas posibilidades* (“He desarrollado nuevos intereses”), *relación con*

los demás (“Puedo ver más claramente que puedo contar con otras personas en tiempos difíciles”), *fuerza personal* (“Me siento más autosuficiente”), *apreciación por la vida* (“Siento mayor aprecio por cada día de vida”) y *cambio espiritual* (“Tengo más fe en mi religión”). El formato de respuesta es de tipo Likert, cuenta con 6 opciones en el que se debe indicar el grado en el cual se ha producido un cambio en la vida del evaluado como resultado de una experiencia traumática (0 = *No he experimentado este cambio como resultado de mi experiencia*, hasta 5 = *He experimentado este cambio en muy alto grado como resultado de mi experiencia*). Las respuestas luego se suman para obtener un puntaje total (siendo el mayor puntaje posible 105). En el presente trabajo se utilizó la escala validada por Rafael Gargurevich (2016), en un contexto peruano, en el que se aplicó la escala con víctimas de un terremoto. Se encontró una consistencia interna de .83 para la escala total y valores entre .60 y .81 para las subescalas. En el presente trabajo, se obtuvo una consistencia interna de .95 para la escala total y un rango entre .60 y .86 para las subescalas.

Núñez del Prado, Zavala y Bernardini (2019) realizaron un estudio con una muestra de 700 víctimas adultas del fenómeno del niño, obteniendo una consistencia interna de .94 para la escala total y entre .80 y .90 para las subescalas. Adicionalmente, los mismos investigadores utilizaron la escala con 480 pacientes oncológicos y encontraron una consistencia interna de .92 para la escala total y entre .82 y .95 para las subescalas (2019).

Se ha comprobado que dicha escala es una herramienta válida y confiable para medir el crecimiento en individuos de distintas culturas, edad y expuestas a una variedad de eventos potencialmente traumáticos (Palmer, Graca, & Occhietti, 2012).

Soporte Social

CTSS: Cuestionario de Transacciones de Soporte Social elaborado por Suurmeijer et al., (1995). Fue desarrollado para medir las *transacciones del soporte social* recibido para los tres tipos de soporte social: el *instrumental*, que implica la ayuda material recibida; el *emocional*, que se refiere a la empatía y sensación de cuidado; y el *acompañamiento social*, implicando la cooperación y compañía. El instrumento está comprendido por 23 ítems repartidos en cinco subescalas: *Soporte Emocional Diario* (“¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas son amigables con usted?”); *Soporte Emocional Orientado al Problema* (“¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas le dan una señal para indicarle lo que debería hacer?”), *Acompañamiento Social* (“¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas le dicen que siga adelante?”), *Soporte Instrumental Diario* (“¿Le ha ocurrido alguna vez que las personas lo llaman para participar en sus actividades?”) y *Soporte Instrumental Orientado al Problema* (“¿Las personas le prestan cosas valiosas si es necesario?”). El formato de respuesta es de tipo Likert con 4 opciones, en la que el sujeto debe responder el grado de conformidad (0 = *Nunca o casi nunca* hasta 3 = *Con bastante frecuencia*). Los autores realizaron una investigación inicial con la prueba en la que participaron 744 pacientes, entre 20 y 70 años, con artritis reumatoide de cuatro países: Francia, Holanda, Noruega y Suecia. Se realizó un análisis factorial y con ello se identificaron cinco componentes, los cuales corresponden a las cinco subescalas del CTSS ya mencionadas. La presente investigación ha utilizado la adaptación limeña realizada por Gargurevich, Chaparro y Luyten (2007), en la que se trabajó con una muestra de 174 sujetos, residentes de Lima y de nivel socioeconómico bajo. Tras un análisis de consistencia interna alfa de Cronbach, se obtuvo un valor de .87 para la escala total y valores entre .64 y .76 para las subescalas. . En el presente trabajo, se obtuvo una consistencia interna de .88 para el CTSS total y un rango entre .56 y .81 para las subescalas.

CSSS: Cuestionario de Satisfacción con el Soporte Social por Doeglas et al., (1996). Fue

desarrollado para complementar la escala de CTSS, puesto que mide el grado de satisfacción respecto al soporte social recibido en los 3 distintos ámbitos. Está conformada por las mismas cinco subescalas que el CTSS (Soporte Emocional Diario, Soporte Emocional Orientado al Problema, Apoyo Social, Soporte Instrumental Diario y Soporte Instrumental Orientado al Problema). Cuenta con un solo enunciado (“¿Es esto justo como usted quiere que sea?”) que es repetido tras cada ítem del cuestionario de Transacciones de Soporte Social. Asimismo, tiene un formato de respuesta de tipo Likert con 4 opciones (0 = *Mucho menos de lo que me gusta* hasta 3 = *Más de lo que me gusta*). Ambos cuestionarios han sido aplicados de manera conjunta en pacientes holandeses con artritis reumatoide, obteniendo coeficientes entre .62 y .80 (Suurmeijer et al, 2005) y en mujeres noruegas con la misma enfermedad (Fyrand et al, 2001), con resultados similares y demostrando ser una prueba que funciona de manera adecuada y eficaz en diversos contextos. En Perú, esta escala pasó por el mismo proceso de validación que la CTSS (fueron aplicadas en conjunto) y obtuvo una consistencia interna de la escala total de .91 y las subescalas comprendieron valores entre .71 y .81 (Gargurevich, Chaparro & Luyten, 2007). En el presente trabajo, se encontró una consistencia interna de .91 para el CSSS total y un rango entre .64 y .85 para las subescalas.

En el contexto peruano, la prueba ha sido aplicada con distintas muestras. Torres (2011) utilizó ambas escalas para determinar la relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama, obteniendo una consistencia interna de .64 para la escala total del CTSS y valores entre .47 y .79 para las subescalas; y un valor de .74 para el CSSS total y un rango entre .54 y .86 para las subescalas. Por su parte, Shisco (2013) la utilizó con una muestra de 60 adolescentes para comparar diferencias en el tipo de soporte social, de acuerdo a la condición de institucionalización de los jóvenes. En dicho estudio, el CTSS obtuvo un coeficiente .85 para la escala total y las subescalas se encontraron en un rango de .45 y .64; y un valor de .72 para el CSSS total y un rango entre .12 y .53 para

las subescalas (debido a eso se eliminó una de las subescalas al encontrarse que no aplicaba a la muestra en cuestión). Posteriormente, ha sido utilizada por Córdova (2015) en una muestra de 185 estudiantes universitarios para encontrar la relación entre el soporte social y el sentido de coherencia en dicha muestra. El CTSS total obtuvo un valor de .88 y las subescalas obtuvieron valores entre .66 y .75, mientras el CSSS total fue .86, y las subescalas se encontraron en un rango entre .54 y .74. Por último, fue utilizada en una muestra de mujeres recluidas en un penal de Lima para medir la relación entre el soporte social y el afrontamiento (Maldonado, 2017). En dicho estudio, se obtuvo un valor de .85 para el CTSS total y un rango entre .54 y .77 para las subescalas, mientras el CSSS total obtuvo un valor de .83 y las subescalas se encontraron en un rango entre .58 y .68.

Análisis de datos

Al culminar la fase de recojo de muestra, se digitó y codificó la base de datos en el programa *IBM SPSS Statistics*. De esta manera, se continuó con un análisis descriptivo de ambas pruebas y de los datos sociodemográficos. Posterior a ello, se llevó a cabo el análisis de normalidad de las variables para determinar la normalidad de los datos. Esto a través de la prueba Kolmogorof- Smirnof (puesto que se contó con una muestra mayor a 50); siendo las significancias mayores a 0.05. Además, se revisó la asimetría [-.60 a .49] y la curtosis [-0.69; 0.94] que corroboraron lo anterior.

Tras realizar lo mencionado, se procedió a hacer un análisis de correlación de Pearson para determinar el grado de relación entre las principales variables del estudio y sus subdimensiones (Tabla 3). Luego, se confirmaron los supuestos de regresión para, posteriormente, realizar las seis regresiones lineales jerárquicas. En estas, las variables dependientes fueron el Crecimiento Postraumático y sus cinco dimensiones (*relación con los demás, fortaleza personal, apreciación por la vida, cambio espiritual, y nuevas*

posibilidades). Para el caso del primer modelo, las variables independientes fueron las variables sociodemográficas de sexo y edad (recogidas en la ficha sociodemográfica). Además, en el segundo modelo, se añadieron a dichas variables sociodemográficas las escalas de *transacción del soporte social* y la *satisfacción con el soporte total* y las 10 subescalas correspondientes. En la primera regresión, se incluyen únicamente los puntajes de las escalas totales de CPT y Soporte Social (Tabla 4); mientras la segunda regresión incluye únicamente los puntajes obtenidos en las subescalas de los constructos estudiados (Tabla 5).





Resultados

En primera instancia, se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio, es decir crecimiento postraumático y soporte social junto con sus subdimensiones correspondientes.

En la tabla 2, se reporta la media (M), desviación estándar (DS), confiabilidad, asimetría, curtosis y el alfa de Cronbach (α) de ambas escalas. Con respecto a las cinco dimensiones del CPT, estas muestran puntajes por encima del punto medio de sus escalas en términos de la puntuación de tipo Likert. Asimismo, en la tabla se incluyen los promedios de los puntajes, por más que los autores de la escala utilicen una sumatoria, con el fin de determinar la jerarquía de los cambios presentados. Es importante enfatizar que cuando se realizó esta equivalencia, se encontró que los puntajes en cada una de las dimensiones de CPT eran muy similares (de 3.13 a 3.29). La puntuación más elevada fue *apreciación por la vida* ($M=9.87$, $DS=2.62$), seguida de *fuerza personal* ($M=13.35$, $DS=3.38$) y *cambio espiritual* ($M=6.54$, $DS=1.92$). El mismo procedimiento se realizó con las subescalas de *transacción y satisfacción con el soporte social* debido a que también la cantidad de ítems por subdimensión variaba y de acuerdo con los autores de la escala, los puntajes se calculaban mediante una sumatoria. Al calcular los promedios de las subescalas de *transacción del soporte social*, se encontraban que estos variaban en un rango de 1.39 hasta 1.55, siendo la *transacción del soporte emocional diario* ($M=7.75$, $DS=2.22$) el puntaje más elevado y la *transacción de acompañamiento social* ($M=6.96$, $DS=2.41$) el puntaje más bajo. Finalmente, se halló que el rango de variación en las subescalas de satisfacción con el soporte social era pequeño con un rango de 1.52 a 1.56, es decir las diferencias son prácticamente nulas.

Tabla 2

Resultados descriptivos del CPT, sus dominios, y el Soporte Social, junto a sus subescalas.

	M	M	DS	DS	Rango			Asimetría	Curtosis
	Sumatoria	Promedio	Sumatoria	Promedio	α	Potencial	Actual		
<i>Crecimiento Postraumático</i>									
Relación con los demás	21.94	3.13	5.61	0.80	.86	0 - 35	8 - 35	-0.10	-0.39
Nuevas Posibilidades	15.85	3.17	3.78	0.76	.83	0 - 25	7 - 23	-0.27	-0.36
Fuerza Personal	13.05	3.26	3.38	0.84	.80	0 - 20	4 - 20	-0.23	0.18
Cambio Espiritual	6.54	3.27	1.92	0.96	.60	0 - 10	2 - 10	-0.07	-0.69
Apreciación por la vida	9.87	3.29	2.62	0.87	.81	0 - 15	1 - 15	-0.28	-0.33
CPT total	67.25	3.23	15.37	0.75	.95	0 - 105	25 - 96	-.39	-0.21
<i>Soporte Social</i>									
<i>Transacción de soporte social</i>									
S.E Diario	7.75	1.55	2.22	0.44	.76	0 - 15	3-15	0.16	-0.11
S.I Orientado al Problema	9.09	1.52	2.93	0.49	.81	0 - 18	2-18	0.49	0.67
Acompañamiento Social	6.96	1.39	2.41	0.48	.68	0 - 15	1-15	-.11	0.40
S.I Diario	5.87	1.47	1.9	0.47	.60	0 - 12	0 - 11	-.46	-0.08
S.I Orientado al Problema	4.37	1.46	1.6	0.53	.56	0 - 9	0 - 7	-.60	0.03
Transacción total	34.04	1.48	8.44	0.37	.88	0 - 69	11- 66	-.04	0.94
<i>Satisfacción con el soporte social</i>									
S.E Diario	7.8	1.56	2.41	0.48	.77	0 - 15	2 - 15	.06	0.49
S.E Orientado al Problema	9.2	1.53	2.84	0.47	.78	0 - 18	2 - 18	.33	0.49
Acompañamiento Social	7.82	1.56	2.89	0.58	.85	0 - 15	2 - 15	-.20	-0.29
S.I Diario	6.14	1.54	1.97	0.49	.71	0 - 12	0 - 11	.01	-0.25
S.I Orientado al Problema	4.57	1.52	1.51	0.50	.64	0 - 9	0 - 8	-.62	0.20
Satisfacción total	35.53	1.54	9.39	0.41	.91	0 - 69	12-65	.26	1.03

n=143

En segunda instancia, se realizó un análisis de correlación de Pearson entre las variables de estudio para responder al objetivo principal de la presente investigación. Se encontró que el *CPT total* guarda una relación positiva y mediana tanto con la *transacción total de soporte social* ($r=.35$, $p<.01$) como con la *satisfacción total de soporte social* ($r=.36$, $p<.01$) (Tabla 3).

Luego se procedió a realizar un análisis de correlación entre las dimensiones de CPT y las dimensiones de *transacción de soporte social* y *satisfacción con el soporte social* (Tabla 3). Se hallaron correlaciones significativas pequeñas y medianas entre las dimensiones de CPT y las del soporte social con excepción de las *Transacciones de Soporte Instrumental Diario* y la *Satisfacción con el Acompañamiento Social*. Además, se encuentra que las *Transacciones de Acompañamiento Social* solo guarda correlaciones pequeñas con *Nuevas Posibilidades* ($r=.17$, $p<.05$) y una correlación mediana con *Relación con los Demás* ($r=.24$, $p<.01$).

Tabla 3
Correlación entre Crecimiento Postraumático y Soporte Social

	Relación con los demás	Nuevas Posibilidades	Fuerza Personal	Cambio Espiritual	Apreciación por la vida	CPT total
<i>Transacción de soporte social</i>						
S.E Diario	.37**	.26**	.19*	.27**	.30**	.33**
S.E Orientado al Problema	.42**	.39**	.24**	.24**	.31**	.39**
Acompañamiento Social	.24**	.17*	0.1	0.03	0.16	.18*
S.I Diario	0.1	0.08	0.14	0.1	0.09	0.12
S.I Orientado al Problema	.28**	.23**	.16	.16*	.29**	.26**
Transacción total	.39**	.32**	.23**	.22**	.30**	.35**
<i>Satisfacción con el soporte social</i>						
S.E Diario	.41**	.27**	.23**	.25**	.20*	.33**
S.E Orientado al Problema	.30**	.28**	.31**	.38**	.23**	.33**
Acompañamiento Social	0.09	0.05	0.12	0.06	0.06	0.09
S.I Diario	.40**	.36**	.38**	.32**	.32**	.41**
S.I Orientado al Problema	.36**	.31**	.26**	.27**	.30**	.35**
Satisfacción total	.37**	.29**	.31**	.31**	.26**	.36**

* $\leq .05$; ** $p \leq .01$. Nota: S.E hace referencia a Soporte emocional; S.I hace referencia a Soporte Instrumental.

En tercera instancia, se realizó un análisis de regresión lineal con el fin de determinar los predictores que más afectaban en el desarrollo del CPT.

Para ello, se incluyeron las variables sociodemográficas de sexo y edad en el modelo 1; mientras que en el modelo 2 se añadieron las escalas de *Transacción del Soporte Social* y *Satisfacción con el Soporte Social* a las variables ya mencionadas. Con respecto al CPT, se encuentra que el único modelo significativo es el segundo, por lo que dicha variable es explicada en un 16% por las variables de soporte social total ($R^2=.16$, $F(4, 138) = 6.45$, $p<.01$), encontrándose significativas tanto las transacciones como la satisfacción (Tabla 4).

Tabla 4*Predictores del Crecimiento Postraumático*

Variable	Crecimiento Postraumático		
	Modelo 1	Modelo 2	
	B	B	95% CI
Constante	69.70	42.25	
Sexo	2.59	.51	[-2.15, 3.17]
Edad	-.13	-.05	[-0.25, 0.14]
Transacciones de Soporte Social		.37*	[0.19, 0.55]
Satisfacción con el Soporte Social		.38*	[0.23, 0.54]
R ²	.01	.16***	
F	.76	6.45	
ΔR ²	.01	.15	
ΔF	.76	12.01	

* p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p < .01

Por último, se realizaron cinco análisis de regresión lineal con el fin de determinar los predictores que más afectaban en el desarrollo de los cinco dominios del CPT. Para dichos análisis, se incluyeron las mismas variables sociodemográficas de sexo y edad en el modelo 1; mientras que en el modelo 2 se añadieron las 10 subescalas del soporte social (Tabla 5). De modelo similar ocurre con los 5 dominios del CPT, pues el modelo 1 no resulta explicativo para ninguna de las subescalas. En el caso de la dimensión de *relación con los demás*, esta es explicada únicamente por el modelo 2 en un 30% ($R^2=.30$, $F(13,130) = 4.67$, $p<.01$), siendo significativa la variable edad junto con la *satisfacción de soporte instrumental diario*. Se resalta que este es el único modelo en el cual una variable sociodemográfica (edad) guarda una relación significativa y de carácter inverso con el CPT. Continuando con el análisis, se encuentra que *nuevas posibilidades* es explicada en un 25% ($R^2=.25$, $F(12, 130) = 3.63$, $p<.01$), siendo significativas las *transacciones de soporte emocional orientado al problema* y *la satisfacción con el soporte emocional orientado al problema*. Asimismo, *fuerza personal* se encuentra explicada en un 20% por el modelo 2 ($R^2=.20$, $F(12, 130) = 2.76$, $p<.01$) a partir

de la *satisfacción con el soporte emocional orientado al problema* y la *satisfacción con el soporte instrumental diario*. Por otro lado, *cambio espiritual* es explicada por el modelo 2 en un 29% ($R^2=.29$, $F(12, 130) = 4.35$, $p<.01$), siendo significativa la *satisfacción con el soporte emocional orientado al problema*. Finalmente, la *apreciación por la vida* es explicada por el modelo 2 en un 13% ($R^2=.13$, $F(12, 130) = 2.73$, $p<.01$), por las mismas variables que en el caso de *fuerza personal*, siendo estas: *satisfacción con el soporte emocional orientado al problema* y la *satisfacción con el soporte instrumental diario*. Tras los resultados expuestos, vale recalcar que la dimensión que más se ve explicada por el modelo 2 es la *relación con los demás*, mientras *apreciación por la vida*, se encuentra con la menor varianza explicada.



Tabla 5. Regresión lineal jerárquica*Predictores de las 5 dimensiones del Crecimiento Postraumático*

Variable	Relación con los Demás			Nuevas Posibilidades			Fuerza Personal			Cambio Espiritual			Apreciación por la vida		
	Modelo 1		Modelo 2	Modelo 1		Modelo 2	Modelo 1		Modelo 2	Modelo 1		Modelo 2	Modelo 1		Modelo 2
	B	B	95% CI	B	B	95% CI	B	B	95% CI	B	B	95% CI	B	B	95% CI
Constante	24.62	12.42	[21.93, 27.31]	16.42	9.35	[7.02, 11.68]	12.15	5.96	[3.81, 8.10]	6.77	3.105	[1.95, 4.26]	9.74	5.04	[3.38, 6.71]
Sexo	1.15	-.23	[-1.24, .78]	.46	-.69	[-1.39, .02]	.54	-.25	[-.90, .39]	.36	-.40	[-.75, -.05]	.08	-.59	[-1.09, -.09]
Edad	-.11**	-.05	[-.11, .02]	-.03	.03	[-.02, .08]	.02	.05	[.01, .10]	-.02	.01	[-.01, .04]	.00	.03	[.00, .07]
T.S.E Diario		.42	[.11, .73]		.00	[-.22, .22]		.09	[-.11, .29]		.22*	[.11, .32]		.16	[.00, .31]
T.S.E Orientado al Problema		.27	[.02, .52]		.47**	[.29, .64]		.18	[.02, .34]		.06	[-.03, .15]		.10	[-.02, .23]
T.S Acompañamiento Social		.18	[-.08, .44]		-.09	[-.27, .09]		-.15	[-.32, .02]		-.13	[-.22, -.04]		-.01	[-.14, .13]
T.S. I Diario		-.14	[-.38, .11]		-.05	[-.22, .12]		.12	[-.04, .28]		.03	[-.05, .12]		-.01	[-.13, .11]
T.S.I Orientado al Problema		-.43	[-.86, .00]		-.18	[-.48, .13]		-.11	[-.38, .17]		-.19	[-.34, -.04]		.09	[-.13, .30]
S.S.E. Diario		.54	[.24, .83]		-.15	[-.35, .06]		-.18	[-.37, .01]		-.15	[-.26, -.05]		-.23	[-.38, .08]
S.SE. Orientado al Problema		.22	[-.02, .46]		.40*	[.23, .57]		.36*	[.20, .51]		.38***	[.29, .46]		.26*	[.14, .38]
S.S. Acompañamiento Social		-.39	[-.62, -.16]		-.29	[-.46, -.13]		-.14	[-.29, .01]		-.18	[-.26, -.10]		-.19	[-.30, -.07]
S.S.I Diario		.66*	[-.38, .94]		.37	[.17, .56]		.50**	[.32, .68]		.14	[.04, .23]		.25*	[.11, .39]
S.S.I Orientado al Problema		-.09	[-.60, .43]		.23	[-.13, .59]		.05	[-.28, .38]		.20	[.02, .38]		.25	[-.01, .51]
R2		.03	.30***		.01	.25***		.01	.20**		.01	.29***		.00	.13**
F		2.05	4.67		.44	3.63		.39	2.76		.82	4.35		.02	2.71
ΔR2		.03	.27		.01	.24		.01	.20		.01	.28		.00	.20
ΔF		2.05	5.07		.44	4.24		.39	3.22		.82	5.01		.02	3.25

T.S.E = Transacciones de Soporte Emocional ; T.S = Transacciones de Soporte; T.S.I = Transacciones de Soporte Instrumental; S.S.E = Satisfacción con el Soporte Emocional; S.S = Satisfacción con el Soporte; S.S.I = Satisfacción con el Soporte Instrumental.

* p ≤ .05; ** p ≤ .005

Discusión

El presente estudio fue realizado con el fin de determinar el rol predictor que cumple el soporte social en el CPT y sus dominios en padres de niños hospitalizados por quemaduras.

En primera instancia, es posible observar que tal y como es planteado en el objetivo principal de la presente investigación el soporte social es un factor predictor del CPT y sus dimensiones. Dicho hallazgo es coherente con los resultados de investigaciones previas (Danhauer, et al. 2013; Charuvastra & Cloitre, 2008; Cormio, Romito, Giotta, & Mattioli, 2015; Lelorain, et al., 2012; Love & Sabiston, 2011; McDonough, et al., 2014; Nenova, et al., 2013; Picoraro, et al. 2014; Rzeszutek, Oniszczenko & Kwiatkowska, 2017; Zhou, Wu, & Zhen, 2017) y los mismos presupuestos teóricos del CPT, los cuales postulan que el soporte social es un recurso ambiental que influye de manera sustancial en la narrativa individual acerca de los cambios experimentados luego de un evento considerado adverso (Bhat & Rangaiah, 2015; Calhoun & Tedeshi, 2013). Por ejemplo, García, Páez-Rovira, Cartes, Neira y Reyes (2014) hallaron que el soporte social es un recurso fundamental para el individuo, debido a que puede contribuir a generar una reevaluación cognitiva de un evento traumático, como lo es en este caso una quemadura grave en un hijo. Este recurso tiene dicho efecto significativo en tanto puede proveer perspectivas distintas para la resolución efectiva de problemas, actividades novedosas y distracciones que generan en el individuo un espacio para el procesamiento de eventos traumáticos y difíciles de digerir. (Cobb, 1976; Leung et al., 2010; Pierce, Sarason & Sarason, 1996; Rodin, et al., 2007; Zulueta, 2007).

Es importante profundizar dicho hallazgo bajo el paraguas contextual. Específicamente en el contexto hospitalario, el soporte social es fundamental, ya que, tal y como se ha corroborado en estudios previos, este juega un rol esencial en la reducción sintomática de trastornos

asociados a la depresión, ansiedad y otros desórdenes mentales y físicos que suelen relacionarse a dicho escenario (Bayat, et al., 2008; Boztepe, et al., 2015; Crespo & López, 2007; Ekim, & Ocakci, 2015; Herrera, et al., 2012; Vega, et al., 2009). Si bien la evidencia empírica acerca del rol del soporte social en el desarrollo del CPT de padres de niños hospitalizados es limitada, un estudio realizado en Suiza concluyó que el intercambio emocional entre los padres resulta crucial para el desarrollo eficaz del CPT (Büchi, et al., 2009). Además, es necesario señalar que dicho hallazgo en el contexto hospitalario es coherente con el marco conceptual del CPT propuesto por Tedeschi y Calhoun (2013), quienes afirman que el soporte social es un predictor significativo para el desarrollo del CPT. Estos mismos autores hallaron en una investigación previa que el 70% de los sujetos que participaron de ella y que mostraban altos niveles de CPT, afirmaban que el soporte social fue un aspecto básico para dicho crecimiento (Calhoun & Tedeshi, 2013).

Por otro lado, es preciso mencionar que los hallazgos de la presente investigación muestran que específicamente la *satisfacción con el soporte social* es la dimensión más importante en el desarrollo del CPT, lo cual también es coherente con literatura de investigaciones previas (Caplan, 1974; Cormio et al., 2013; Ekim & Ocakci, 2015; Senol-Durak & Ayvasik, 2010; Swickert & Hittner, 2009, Vega & González, 2009). Dicho hallazgo es posible sustentarlo basado en el planteamiento de Peterson, Rintamaki, Brashers, Goldsmith y Neidig (2011), quienes indican que el grado en el que un individuo percibe que sus necesidades de soporte pueden ser satisfechas, está directamente relacionado con su percepción de bienestar y de crecimiento personal. Un estudio realizado por McGarry, McGonald, Valentine, Wood y Girdler (2015) en padres de niños quemados, llegó a una conclusión similar, es decir el sentir que uno es escuchado y apoyado por otro es un factor primordial para procesar y afrontar lo sucedido. Asimismo, otra serie de estudios realizados en países tales como China, Canadá y

Estados Unidos hallaron importantes beneficios en la satisfacción con el soporte social en tanto este, al contribuir en la disminución de niveles percibidos de angustia, puede favorecer significativamente al desarrollo individual, crecimiento personal (Boyratz, Horne & Sayger 2012; Kimhi et al., 2009; Jia, Liu, Ying & Lin, 2017; Yadav, 2010) y CPT (Schroevers et al., 2010).

En segunda instancia, se procederá a realizar una revisión de los resultados obtenidos correspondientes a los objetivos específicos. Es decir, se discutirán los hallazgos asociados a las dimensiones de las transacciones y la satisfacción con el soporte social; y cómo algunas de estas funcionan como factores predictores de las dimensiones del CPT. En primer lugar, se halló que la variación en el área de *relación con los demás*, puede explicarse mejor por la variación en las *transacciones del soporte instrumental diario*. Dicho hallazgo refiere a que la ayuda diaria y concreta que recibe el sujeto en términos de consejos y ayuda material (Caplan, 1974), puede facilitar cambios significativos en la percepción de proximidad de las relaciones interpersonales en el contexto de la hospitalización de un hijo. En línea con estos resultados, Ramirez et al., (2014), encontró que dicho soporte es sustancial en el afrontamiento de la hospitalización de un hijo, pues al tener el padre que interrumpir sus actividades rutinarias (ej. cuidar a sus otros hijos; trabajar, entre otros) para dar lugar a un acompañamiento sostenido al hijo, el apoyo brindado por otros resulta vital en tanto reduce los niveles de estrés y desbalance percibido. La sola presencia de un otro que contribuye en el cumplimiento de tareas desatendidas por los padres, resulta sustancial para que la persona se cuestione y reevalúe el valor de determinadas relaciones sociales (Ramírez, et al., 2014). Del mismo modo, investigaciones realizadas en los últimos años por Rahimi, Heidarzadeh y Shoaee (2016), Schroevers et al., (2010) y Teixeira y Pereira (2013) demuestran que aquellos individuos que han atravesado un evento traumático y simultáneamente han recibido ayuda

concreta para afrontarlo, tienen mayor probabilidad de mejorar sus relaciones interpersonales en términos de cercanía e intimidad.

Por otro lado, es posible también hipotetizar que la relación entre este tipo específico de soporte y esta dimensión del CPT está asociado con que las *transacciones de soporte instrumental* pueden potencialmente generar gratitud en el recipiente de dicho soporte; pues la gratitud surge cuando uno se ve beneficiado con asistencia, amabilidad, ayuda, favores y apoyo de parte de otros (Algoe, Haidt, & Gable, 2008; Tesser, Gatewood, & Driver, 1968), la cual a su vez, de acuerdo a investigaciones previas puede generar una revalorización de las relaciones interpersonales, una mejor adaptación psicológica y procesos de crecimiento personal (Lambert, Clark, Durtschi, Fincham & Graham, 2010; Layous, Sweeny, Armenta, Na, Choi, & Lyubomirsky, 2017; Ruini & Vescovelli, 2013). Dicha hipótesis es coherente con lo planteado por Tedeshi y Calhoun (2004), quienes postulan que la presencia de una red de soporte a nivel instrumental en momentos de urgencia puede tener un efecto sustancial en el afianzamiento y valorización de las relaciones sociales, en tanto el individuo toma consciencia de la empatía que genera en otro. En otras palabras, la gratitud percibida puede dar lugar a procesos de crecimiento y un cambio significativo de perspectiva debido a que centra al sujeto en aspectos positivos de la experiencia (Algoe, Haidt, & Gable, 2008; Tesser, Gatewood, & Driver, 1968; Layous, Sweeny, Armenta, Na, Choi, & Lyubomirsky, 2017; Lambert, Clark, Durtschi, Fincham & Graham, 2010; Ruini & Vescovelli, 2013).

En segundo lugar, se encontró que el cambio espiritual es explicado por la variación de las *transacciones de soporte emocional diario* y la *satisfacción con el soporte emocional orientado al problema*. La relación significativa entre el *cambio espiritual* y las dos primeras subdimensiones del soporte social antes mencionadas podría explicarse mediante lo

postulado por Lin y Bauer (2003), quienes encuentran que el tener relaciones positivas en un contexto de hospitalización y el sentir una conexión emocional con otros significativos y allegados dentro del hospital son condiciones vitales para un bienestar espiritual. Asimismo, numerosos estudios encuentran hallazgos similares, es decir, el poder conversar con otros en el contexto de la hospitalización de un familiar y que estos sean capaces de servir como sostén emocional para la carga de angustia percibida, facilita el proceso de crecimiento y puede potencialmente generar búsqueda interna de significado (Barskova & Oesterrich 2009; Bellizzi et al., 2010; Bosson, Kelley & Jones, 2012; Howsepian & Merluzzi 2009; Páez, Basabe, Bosco, Campos & Ubillos, 2011; Rahimi, et al., 2016; Rhee, Ko, & Han, 2013; Rogers, Floyd, Seltzer, Greenberg, & Hong, 2008; Yanez et al. 2009).

Según Calhoun y Tedeshi (2004) es común encontrar que aquellos individuos que intentan otorgar significado a experiencias adversas suelen luego lograr algún tipo de conexión a nivel espiritual, religiosa como no religiosa. Campos et. al., (2004) por ejemplo halló que, durante situaciones de crisis, la gente suele recurrir a la espiritualidad y un 87% de las personas consultadas comentaron que se han valido de sus creencias religiosas para lidiar con la situación estresante. Además, es importante señalar que diversos estudios realizados con cuidadores de niños hospitalizados por quemaduras, entre otras causas graves, han encontrado que el desarrollo de la espiritualidad es un factor de gran beneficio porque permite mitigar las consecuencias psicológicas negativas de la percepción de la quemadura (García, et al., 2014; Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998; Rodríguez, Fernández, Pérez & Noriega, 2011; Zinnbauer et al., 1997). Paralelamente, el poder otorgarle alguna clase de significado de carácter espiritual al evento traumático o a las mismas cicatrices puede devenir de la percepción de cercanía con otros, lo cual disminuye la sintomatología ansiosa (Páez, et al., 2011). Específicamente, la cercanía a nivel emocional durante momentos difíciles, suele

jugar un rol sustancial en el bienestar espiritual, constructo similar al cambio espiritual, que está en línea con los resultados hallados en la presente investigación (Farsi, Dehghan Nayeri, & Negarandeh, 2010; Farsi, Nayeri, & Negarandeh, 2012; Rahimi et al., 2016).

En tercer lugar, se halló que *nuevas posibilidades* varía de acuerdo a las modificaciones de las *transacciones y la satisfacción del soporte emocional orientado al problema*. Ello permite entender que tener un grupo de referencia con quien conversar acerca de los efectos de un determinado evento traumático y poder compartir sentimientos generados durante el mismo facilita que el sujeto encuentre nuevas opciones para su vida (Lindstrom et al., 2013; Tedeschi & Calhoun, 2004). Las oportunidades para poder conversar acerca de las emociones percibidas, el poder pedir ayuda a otros y las reacciones y consejos que estos tengan, son determinantes para que el individuo pueda probar nuevas formas de actuar frente a la situación y “descubra aspectos positivos sobre el evento” (Manne et al., 2004; Tedeschi & Calhoun, 1997; Tedeschi & Calhoun, 2004). Es por ello que Applebaum, Stein, Lord-Bessen, Pessin, Rosenfeld, y Breitbart (2014) concluyen que el cambio y apreciación de las nuevas oportunidades son cruciales, en tanto sirven para cambiar la actitud del individuo hacia una más positiva.

Otro punto esencial para dar cuenta de este hallazgo puede ser lo planteado por Schorevers et al., (2010), quienes resaltan la importancia de hablar con otros para desafiar y modificar las creencias con respecto a un determinado evento traumático, basándose para esto en la teoría de *procesamiento cognitivo* de Janoff-Bulman (1992) y luego utilizada por Calhoun y Tedeschi para explicar el proceso del CPT (1996). Dicha teoría indica que los eventos traumáticos pueden romper con los esquemas básicos del individuo, sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Para lograr afrontar de manera exitosa la situación, el individuo se ve

obligado a reconstruir el mundo mediante una reevaluación a nivel cognitivo de la situación. Esto implica un pensamiento recurrente, conocido también como rumiación sobre el evento y una reevaluación y redefinición de creencias y metas propias del individuo en cuestión, produciendo un nuevo significado a la experiencia. La autora agrega que este proceso puede ser facilitado por un apoyo genuino de personas cercanas (Janoff-Bulman, 1992), dando cuenta de la importancia del soporte social en tanto pueden las personas ofrecer nuevas perspectivas y oportunidades (Schroevers et al., 2010).

Finalmente, dicho hallazgo puede estar en línea con lo propuesto por Li, Yang, Liu y Wang (2016) y Yuen, Ho y Chan, (2014) quienes enfatizan que la esperanza, resultado de la interacción con otros, tras un episodio de quemadura, colabora significativamente en la construcción de un nuevo significado de la experiencia e incrementa el bienestar general. El poder sentir esperanza y/o nuevas posibilidades pareciera ser un recurso fundamental para disminuir la sintomatología asociada a trastornos depresivos y ansiosos (Horney, Smith, McGurk et al. 2011; Petersen, Clark, Novotny, et al., 2008), los cuales son prevalentes en la muestra trabajada (Arango, et al., 2010; Bakker, et al., 2013; Bakker et al., 2012; Brubaker, et al, 2015; Colville & Pierce, 2012; Crespo & López, 2007; De Oliveira, et al, 2016; Fernández-Castillo et al., 2013; Goicochea & Rivera, 2014; Hovén, et al., 2008; Phillips & Rumsey, 2008; Rojas-Carrasco, 2010; Romero et al., 2011).

En cuarto lugar, los resultados revelan que la *fuerza personal* se ve explicada por la *satisfacción con el soporte instrumental diario* y la *satisfacción con el soporte emocional orientado al problema*. Dichos hallazgos también son coherentes con la literatura y estudios previos, los cuales indican que disponer de personas significativas que brindan apoyo, beneficia el cambio positivo en las percepciones de sí mismo tras la vivencia de un trauma,

como lo es la quemadura de un hijo (Manne et al., 2004; Prati & Pietrantonio, 2009; Rajandram, et al., 2011; Schroevers et al., 2010; Tedeschi & Calhoun, 1996). La satisfacción con el soporte social es fundamental para que un sujeto crea que puede sobreponerse ante las dificultades, pues facilita la utilización y disponibilidad de recursos propios, incrementando así la autoeficacia percibida (Kumar, Lal & Bhuchar, 2014). Además, es necesario señalar que la confianza en los propios recursos para poder afrontar situaciones difíciles, es esencial para elevar los niveles de bienestar, específicamente en padres de niños pequeños (Yadav, 2010). Por otro lado, es importante agregar que dichos cambios positivos en la autopercepción suelen ir acompañados de un cambio de narrativa en términos de autoestima, lo cual conlleva a un mayor ajuste social (Ikiz & Cakar, 2010; Symister & Friend, 2003). En este sentido, un aumento en la autoestima personal lleva a un incremento en el bienestar, una visión más positiva de la vida (Du, King & Chi, 2017; Zeigler-Hill, 2010); y puede reducir la aparición de sintomatología depresiva (Orth, Robins, Trzesniewski, Maes & Schmitt, 2009; Sowislo & Orth, 2013).

En quinto y último lugar, es posible observar que la *apreciación por la vida* es la dimensión del CPT que es explicada en menor medida por el soporte social, cuando se le compara con las otras dimensiones. Se halló que el *soporte emocional orientado al problema* y el *soporte instrumental* son las dos subdimensiones de la *satisfacción con el soporte social* que explican significativamente la *apreciación por la vida*, es decir las mismas subdimensiones que explican la anteriormente discutida *fuerza personal*. La apreciación por la vida refiere a sentimientos de gratitud hacia la propia vida y toma de conciencia de la fragilidad de esta (Tedeschi y Calhoun, 2004). Es por tal motivo, que es posible hipotetizar que los cambios generados por el soporte social no son tan grandes ya que específicamente esta área del CPT no suele movilizarse positivamente en cuidadores de niños hospitalizados (Grant, 1999). Por ejemplo, los estudios realizados por Steele, Maruyama y Galynker (2010) concluyen que los

padres durante el periodo de hospitalización del menor suelen dejar de lado su propio bienestar y se enfocan en el cuidado del pequeño. El cuidado constante y la carga que puede producir en los padres, pueden generar mayor vulnerabilidad ante enfermedades físicas y sintomatología depresiva, lo cual implica que la apreciación por su propia vida es menor (Given, Wyatt, Given, Gift, Sherwood, DeVoss & Rahbar, 2004; Mausbach, Patterson, Rabinowitz, Grant & Schulz, 2007; Schulz & Williamson, 1991). En consecuencia, el hallazgo de la presente investigación estaría en línea con resultados de estudios previos. La quemadura infantil es un evento altamente traumático para el padre (Guerrero, 2008; Rimer, et al., 2015) y resulta esperable que el padre tome mayor tiempo y espacio en el cuidado del menor que de sí mismo (Grant, 1999).

A continuación, se procederá a discutir el efecto de la variable sociodemográfica edad sobre el CPT. En los resultados de la presente investigación se observó que esta explica la variación de la dimensión *relación con los demás* cuando solo se incluyen variables sociodemográficas (sexo y edad) para explicar dicha dimensión. No obstante, dicho efecto desaparece cuando se incluyen las variables de soporte social. Este resultado es coherente con lo encontrado por Schroevers, et al., (2010), quien señaló que la juventud puede ser un factor esencial para evidenciar flexibilidad cognitiva. Prati y Pietrantonio (2009) explican que la edad está inversamente relacionada con la fijación de determinados sistemas de creencias y esquemas cognitivos, lo cual genera que las personas jóvenes tengan una mayor probabilidad de cambiar las nociones que tienen respecto al sí mismo y al mundo. No obstante es importante señalar, como fue descrito en los resultados de la presente investigación, que el efecto de la variable edad desaparece cuando aparece el soporte social, lo cual coincide con los resultados encontrados en diversas investigaciones (Avilés, et al., 2014; Baillie, et al., 2014; Cieslak et al., 2009; García et al., 2014; Hobfoll et al., 2007; Nenova, et al., 2013; Stanton, Bower &

Low, 2006; Svetina & Nastran, 2012). Es importante enfatizar, que si bien dicho resultado es bastante común en estudios con pacientes y sus cuidadores, no es común en otra variedad de muestras, como por ejemplo en casos de abuso, donde la edad sí guarda una relación inversa y significativa con el CPT (Grubaugh & Resick, 2007).

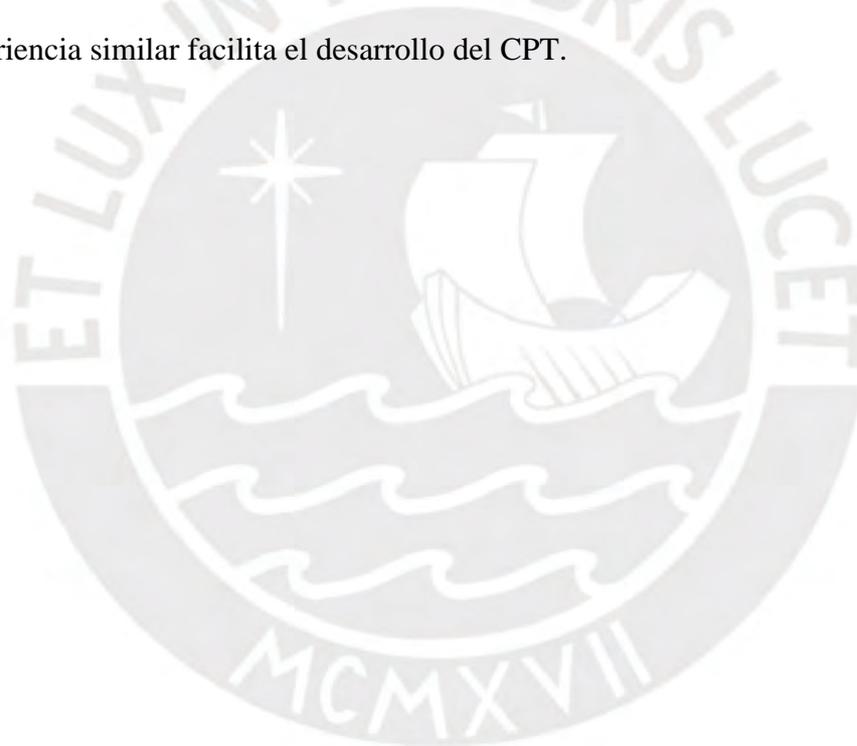
Finalmente, con respecto a la variable del sexo, es posible observar que no se encuentran diferencias significativas en el CPT y sus dimensiones. Ello difiere de la mayoría de los resultados encontrados en estudios revisados, en los cuales las mujeres presentan mayores niveles de CPT (Akbar & Witruk, 2016; Büchi, et. al., 2007; McDonough, et al., 2014; Tedeschi & Calhoun, 1996; Teixeira & Pereira, 2013; Vishnevsky, Cann, Calhoun, Tedeschi & Demakis, 2010; Yi & Kim, 2014; Zwahlen, Hagenbuch, Carley, Jenewein, & Büchi, 2010). No obstante, aunque la diferencias según sexo en CPT y constructos asociados son bastante comunes, es posible encontrar estudios tales como los realizados por Baillie, Sellwood y Wisely (2014), el de Cieslak, et al., (2009) y el de Svetina y Nastran (2012) quienes hallaron el mismo resultado. Si bien los hallazgos de la presente investigación dan cuenta que no existen diferencias de acuerdo al género, es importante señalar que deben tomarse con precaución debido al número y composición de la muestra.

Con respecto a las limitaciones del presente estudio, una de las condiciones que pudo alterar los resultados fue el hecho de que se haya trabajado únicamente con padres de niños hospitalizados en un hospital en particular. Este aspecto implica que los resultados obtenidos son relevantes únicamente en el contexto específico donde se realizó el estudio y no representan a los padres de niños hospitalizados por otras causas, u hospitalizados en otro lugar. Por lo tanto, sería pertinente conformar una muestra más diversa, incluyendo más hospitales. Además de esto, no resulta posible generalizar los resultados hallados pues el

muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico, lo cual aumenta la dificultad para comparar los resultados con otro tipo de muestras y contextos (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). En segundo lugar, dicha investigación es de carácter transversal, por lo que no se pudo manipular las variables de estudio, ni establecer una relación de causalidad entre el CPT y el soporte social a lo largo del tiempo (Hernández & Velasco-Mondragón, 2000). En tercer lugar, es importante tomar en cuenta la modalidad de recolección de datos a partir de cuestionarios de autoinforme, debido a que el factor de discapacidad social puede haber estado presente generando algún tipo de sesgo en el análisis de las respuestas (Hernández, Fernández & Baptista, 2003; Werdel & Wicks, 2012). Con respecto a los instrumentos seleccionados para medir las variables de estudio, cabe resaltar que el Inventario de Crecimiento Postraumático no ha sido ampliamente utilizado en el contexto peruano. Finalmente, se debe señalar que la composición de la muestra puede ser otro factor de sesgo, ya que la mayoría compartía características similares; mujer, creyente e involucrada en una relación sentimental.

Las limitaciones antes expuestas llevan a reflexionar acerca de cuáles son los siguientes pasos que deberán tomar las investigaciones en el futuro para lograr mayor certeza. En primer lugar, se recomienda tener en cuenta la gravedad de la quemadura del paciente como un factor que pueda influir en el CPT de los padres. Asimismo, sería pertinente investigar si el efecto del soporte social varía de acuerdo con la fase del trauma mediante estudios longitudinales y que incluyan un diseño mixto, es decir cualitativo y cuantitativo. Por último, se recomienda ampliar el número de la muestra con el fin de heterogenizarla y comprender mejor el efecto de las variables sociodemográficas sobre el CPT.

Para concluir, es importante señalar las contribuciones del presente estudio. En primer lugar, logra dar una primera mirada al rol que tiene el soporte social en el CPT, específicamente en padres de niños hospitalizados por quemaduras. Dicho resultado da cuenta de la importancia de diseñar y efectuar investigaciones en torno a la creación y refuerzo de las redes de soporte social, formal e informal, dentro de los hospitales para los cuidadores, teniendo en cuenta la alta prevalencia de quemaduras infantiles que hay en el Perú. Por ejemplo, generar o incentivar espacios de discusión, y reflexión entre padres, donde puedan compartir sus experiencias y apoyarse emocionalmente. Dicha recomendación deviene de lo planteado por Tedeshi y Calhoun (1998) quienes afirman que el compartir con personas que hayan pasado por una experiencia similar facilita el desarrollo del CPT.



Referencias

- Acinas, M. P. A. (2014). Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría biológica*, 21(2), 65-71.
- Aftyka, A., Rozalska-Walaszek, I., Rosa, W., Rybojad, B., & Karakuła-Juchnowicz, H. (2017). Post-traumatic growth in parents after infants' neonatal intensive care unit hospitalisation. *Journal of clinical nursing*, 26(5-6), 727-734.
- Akbar, Z., & Witruk, E. (2016). Coping Mediates the Relationship Between Gender and Posttraumatic Growth. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217, 1036-1043.
- Algoe, S. B., Haidt, J., & Gable, S. L. (2008). Beyond reciprocity: Gratitude and relationships in everyday life. *Emotion*, 8(3), 425-429.
- Alisic, E., Jongmans, M. J., van Wesel, F., & Kleber, R. J. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 31(5), 736-747. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.001
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)
- Arango-Lasprilla, J. C., Lehan, T., Drew, A., Moreno, A., Deng, X., & Lemos, M. (2010). Health-related quality of life in caregivers of individuals with dementia from Colombia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 25(7), 556-561.
- Armstrong, D., Shakespeare-Finch, J., & Shochet, I. (2014). Predicting post-traumatic growth and post-traumatic stress in firefighters. *Australian Journal of Psychology*, 66(1), 38-46.
- Arnosó, M., Bilbao, M. A., Páez, D., Iraurgi, I., Kanyangara, P., Rimé, B., Sales, P. P. & Martín-Beristain, C. (2011). Violencia colectiva y creencias básicas sobre el mundo, los otros y el yo. Impacto y reconstrucción. En D. Paez, C. Martin, J. L. Gonzalez & J. De Rivera (Eds.). *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Madrid: Fundamentos.
- Avilés, P., Cova, F., Bustos, C., & García, F. (2014). Afrontamiento Y Rumiación Frente A Eventos Adversos Y Crecimiento Postraumático En Estudiantes Universitarios Coping And Rumination Against Adverse Events And Posttraumatic Growth In University Students. *Liberabit*, 20, 281-92.
- Baillie, S. E., Sellwood, W., & Wisely, J. A. (2014). Post-traumatic growth in adults following a burn. *Burns*, 40(6), 1089-1096.
- Bakker, A., Maertens, K. J., Van Son, M. J., & Van Loey, N. E. (2013). Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: A review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 33(3), 361-371.
- Bakker, A., Van der Heijden, P. G., Van Son, M. J., Van de Schoot, R., & Van Loey, N. E. (2011). Impact of pediatric burn camps on participants' self esteem and body image: An empirical study. *Burns*, 37(8), 1317-1325.
- Bakker, A., Van Loey, N. E., Van der Heijden, P. G., & Van Son, M. J. (2012). Acute stress reactions in couples after a burn event to their young child. *Journal of pediatric psychology*, 37(10), 1127-1135.
- Barr, P. (2011). Posttraumatic growth in parents of infants hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Journal of Loss and Trauma*, 16(2), 117-134.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.
- Barros Torquato, I. M., Fonseca Jonas, M., Collet, N., Benegelanía Pinto, M., Carvalho de Brito Santo, N. C., y Smith da Nóbrega Morais, G. (2012). The disease and the childish hospitalization: Understanding the impact on family dynamics. *Journal of Nursing*, 6(11), 2641-2648.

- Barskova, T., & Oesterreich, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 31(21), 1709-1733.
- Bayat, M., Erdem, E., & Gül Kuzucu, E. (2008). Depression, anxiety, hopelessness, and social support levels of the parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 25(5), 247-253.
- Bellizzi, K. M., Smith, A. W., Reeve, B. B., Alfano, C. M., Bernstein, L., Meeske, K., ... & Ballard-Barbash, R. R. (2010). Posttraumatic growth and health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 15(4), 615-626.
- Bhat, R. M., & Rangaiah, B. (2015). The impact of conflict exposure and social support on posttraumatic growth among the young adults in Kashmir. *Cogent Psychology*, 2(1), 1000077.
- Bosson, J. V., Kelley, M. L., & Jones, G. N. (2012). Deliberate cognitive processing mediates the relation between positive religious coping and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*, 17(5), 439-451.
- Bostock, L., Sheikh, A. I., & Barton, S. (2009). Posttraumatic growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(4), 281-296.
- Boyle, C., Stanton, A., Ganz, P., & Bower, J. (2017). Posttraumatic growth in breast cancer survivors: does age matter?. *Psycho-oncology*, 26(6), 800-807.
- Boyratz, G., Horne, S., & Sayger, T. (2012). Finding meaning in loss: The mediating role of social support between personality and two construals of meaning. *Death Studies*, 36(6), 519-540.
- Boztepe, H., Inci, F., & Tanhan, F. (2015). Posttraumatic growth in mothers after infant admission to neonatal intensive care unit. *Paediatrica Croatica*, 59(1), 14-18.
- Braga, L. L., Fiks, J. P., Mari, J. J., & Mello, M. F. (2008). The importance of the concepts of disaster, catastrophe, violence, trauma and barbarism in defining posttraumatic stress disorder in clinical practice. *BMC psychiatry*, 8(1), 68.
- Brown, G. W., Bhrolchain, M. N., & Harris, T. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9(2), 225-254.
- Brunet, J., McDonough, M. H., Hadd, V., Crocker, P. R., & Sabiston, C. M. (2010). The Posttraumatic Growth Inventory: An examination of the factor structure and invariance among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(8), 830-838.
- Burns-Nader, S., dez-Reif, M., & Porter, M. (2014). The relationship between mothers' coping patterns and children's anxiety about their hospitalization as reflected in drawings. *Journal of Child Health Care*, 18(1), 6-18.
- Cadell, S., Regehr, C., & Hemsworth, D. (2010). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 279-287.
- Calhoun, L., Cann, A., Tedeschi, R., & McMillian, J. (1998). Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. *The Journal of Social Psychology*, 138(6), 789-791.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of social Issues*, 54(2), 357-371.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (Eds.). (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Routledge.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. (2006) (Eds). *Handbook of posttraumatic growth – research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2013). *Posttraumatic growth in clinical practice*. Routledge: New York.
- Calhoun, L., Tedeschi, R., Cann, A., & Hanks, E. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50(1-2).

- Campos, M., Páez, D., Fernandez-Berrocal, P., Igartúa, J. J., Méndez, D., Moscoso, S., ... & Tasado, C. (2004). Las actividades religiosas como formas de afrontamiento de hechos estresantes y traumáticos con referencia a las manifestaciones del 11-M. *Ansiedad y Estrés*, 10.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Behavioral Publications.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance the fourth Wade Hampton Frost lecture. *American journal of epidemiology*, 104(2), 107-123.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 301-328.
- Cho, D., & Park, C. L. (2013). Growth following trauma: Overview and current status. *Terapia Psicológica*, 31(1), 69-79.
- Cieslak, R., Benight, C., Schmidt, N., Luszczynska, A., Curtin, E., Clark, R. A., & Kissinger, P. (2009). Predicting posttraumatic growth among Hurricane Katrina survivors living with HIV: The role of self-efficacy, social support, and PTSD symptoms. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22(4), 449-463.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Colville, G., & Cream, P. (2009). Post-traumatic growth in parents after a child's admission to intensive care: maybe Nietzsche was right?. *Intensive care medicine*, 35(5), 919.
- Colville, G., & Pierce, C. (2012). Patterns of post-traumatic stress symptoms in families after paediatric intensive care. *Intensive Care Medicine*, 38(9), 1523-1531.
- Contreras, Y & Beltrán, M. (2015). Reconstruir con capacidad de resiliencia: El casco histórico de la ciudad de Constitución y el sitio del desastre del terremoto y tsunami del 27 de febrero 2010. *Revista Invi*, 30(83), 79-115.
- Córdova, E. (2015). *Soporte social y sentido de coherencia en estudiantes universitarios*. (Tesis de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Cormio, C., Romito, F., Giotta, F., & Mattioli, V. (2015). Post-traumatic Growth in the Italian Experience of Long-term Disease-free Cancer Survivors. *Stress and Health*, 31(3), 189-196.
- Cox, C. M., Kenardy, J. A., & Hendrikz, J. K. (2008). A Meta-Analysis of Risk Factors That Predict Psychopathology Following Accidental Trauma. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2), 98-110.
- Crespo, M., & López, J. (2007). El apoyo a los cuidadores de mayores dependientes: Presentación del programa: Cómo mantener su bienestar. *Informaciones psiquiátricas*, 188, 137-151.
- Danhauer, S. C., Case, L. D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K., ... & Avis, N. E. (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 22(12), 2676-2683.
- De Oliveira, V., da Silva Fonseca, A., de Souza Leite, M., dos Santos, L., Fonseca, A., & da Silva Ohara, C. (2016). Parents' experience confronting child burning situation. *Northeast Network Nursing Journal*, 16(2).
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., Cobham, V. E., & Kimble, R. (2012). Prevalence, comorbidity and course of trauma reactions in young burn-injured children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(1), 56-63. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02431.x
- Doeglas, D., Suurmeijer, T., Briancon, S., Moum, T., Krol, B., Bjelle, A., Sanderman, R., & Van Den Heuvel, W. (1996). An international study on measuring social support: interactions and satisfaction. *Social Science & Medicine*, 43(9), 1389-1397.

- Du H, King RB, Chi P (2017) Self-esteem and subjective well-being revisited: The roles of personal, relational, and collective self-esteem. *PLoS ONE* 12(8).
- Ekim, A., & Ocakci, A. F. (2015). Relationship Between Posttraumatic Growth and Perceived Social Support for Adolescents With Cancer. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(5), 450-455.
- Esparza, T., Leibovich, N. & Martínez, T. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes oncológicos en población argentina. *Ansiedad y Estrés*, 22(2), 97-103.
- Ferj, D. (2009). Quemaduras en edad pediátrica, enfrentamiento inicial. *Rev med clin condes*, 20(6), 849-859. En: <http://uniquem.org/UNIQUEM/Media/371fab60-19b2-479c-a0afb2d66c9eab27.pdf>
- Fernández-Castillo, A., Vélchez-Lara, M. J., & López-Naranjo, I. (2013). Parental Stress and Satisfaction during Children's Hospitalization: Differences between Immigrant and Autochthonous Population. *Stress and Health*, 1(29), 22-30.
- Fernández, F. J. L., & López, F. R. J. (2016). *Ciencia de la administración y administración pública sanitaria*. ACCI (Asociación Cultural y Científica Iberoamericana.).
- Franck, L. S., Mcquillan, A., Wray, J., Grocott, M. P., & Goldman, A. (2010). Parent stress levels during children's hospital recovery after congenital heart surgery. *Pediatric cardiology*, 31(7), 961-968.
- García, F. E., Páez-Rovira, D., Zurtia, G. C., Martel, H. N., & Reyes, A. R. (2014). Religious coping, social support and subjective severity as predictors of posttraumatic growth in people affected by the earthquake in Chile on 27/2/2010. *Religions*, 5(4), 1132-1145.
- García Martínez, F. E., Jaramillo, C., Martínez, A. M., Valenzuela, I., & Cova Solar, F. (2014). Respuestas psicológicas ante un desastre natural: estrés y crecimiento postraumático. *Liberabit*, 20(1), 121-130.
- Gargurevich, R. (2016). Need satisfaction and posttraumatic growth after trauma in Peru. *Self Determination Theory Conference*. Póster presentado en el congreso de Victoria, Canadá.
- Gargurevich, R., Chaparro, C. & Luyten, P. (2007). Adaptación y propiedades psicométricas de cuestionarios: transacciones de soporte social (CTSS) y satisfacción de soporte social (CSSS). *Revista de Psicología de la UCV*, 9, 92-103.
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Gift, A., Sherwood, P., DeVoss, D., & Rahbar, M. (2004). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end-of-life. In *Oncology nursing forum* (Vol. 31, No. 6, p. 1105). NIH Public Access.
- Graf, A., Schiestl, C., & Landolt, M. A. (2011). Posttraumatic stress and behavior problems in infants and toddlers with burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(8), 923-931.
- Goicochea, L., & Rivera, H. (2014). Eficacia De Programa Educativo En Ansiedad Y Apoyo De Padres En El Cuidado Del Niño Hospitalizado, Hospital Belén. Trujillo, 2013. *Cientifi-K*, 2(1), 11-19.
- Grant, I. (1999). Caregiving may be hazardous to your health. *Psychosomatic Medicine*, 61(4), 420-423.
- Grubaugh, A. L., & Resick, P. A. (2007). Posttraumatic growth in treatment-seeking female assault victims. *Psychiatric Quarterly*, 78(2), 145-155.
- Guerrero, G. (2008). Reacciones emocionales de los niños hospitalizados con quemaduras, así como de sus familiares. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam*, 11(1), 29-38.
- Hawley, C. E., Armstrong, A. J., Shiri, S., Czarnota, J., Blumenfeld, S., Schwartz, I., & Meiner, Z. (2017). Post-Traumatic Growth Following Politically Motivated Acts of Violence: 10 Years Post Injury. *The Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 23(1), 1-18.
- Hernández, B., & Velasco-Mondragón, H. E. (2000). Encuestas transversales. *Salud pública de México*, 42, 447-455.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista P. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta edición). México DF, México: Mc Graw Hill.
- Hernández, I. R., Fajardo Villaroel, A., & Navarro Álvarez, Y. (2012). Atención de enfermería a la urgencia pediátrica por quemaduras. *Desarrollo Científ Enferm*, 20(3), 91-96.
- Herrera, A., Flórez, I. E., Romero, E., & Montalvo, A. (2012). Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *Aquichan*, 12(3).
- Hobfoll, S., Hall, B., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R., & Palmieri, P. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology*, 56(3), 345-366.
- Horney, D. J., Smith, H. E., McGurk, M., Weinman, J., Herold, J., Altman, K., & Llewellyn, C. D. (2011). Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. *Head & neck*, 33(1), 65-71.
- Hovén E, Anclair M, Samuelsson U, Kogner P, Boman KK. The influence of pediatric cancer diagnosis and illness complication factors on parental distress. *J Pediatr Hematol Oncol* 2008; 30: 807-814.
- Howsepien, B. A., & Merluzzi, T. V. (2009). Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 18(10), 1069–1079.
- Hungerbuehler, I., Vollrath, M. E., & Landolt, M. A. (2011). Posttraumatic growth in mothers and fathers of children with severe illnesses. *Journal of Health Psychology*, 16(8), 1259-1267.
- Ikiz, F. E., & Cakar, F. S. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 2338–2342.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of health and Social Behavior*, 250-264.
- Janvier, A., Lantos, J., Aschner, J., Barrington, K., Batton, B., Batton, D., ... & Lyerly, A. D. (2016). Stronger and more vulnerable: a balanced view of the impacts of the NICU experience on parents. *Pediatrics*, e20160655.
- Jia, X., Liu, X., Ying, L., & Lin, C. (2017). Longitudinal relationships between social support and posttraumatic growth among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake. *Frontiers in psychology*, 8, 1275.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2008). Positive psychological perspectives on posttraumatic stress: An integrative psychosocial framework. *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*, 3-20.
- Kelsey, S (2011). *Stress and coping related to medical illness: implications for child development*. University of Arizona, Arizona.
- Kumar, R., Lal, R., & Bhuchar, V. (2014). Impact of social support in relation to self-esteem and aggression among adolescents. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 4(12), 1-5.
- Lambert, N. M., Clark, M. S., Durtschi, J., Fincham, F. D., & Graham, S. M. (2010). Benefits of expressing gratitude: Expressing gratitude to a partner changes one's view of the relationship. *Psychological Science*, 21(4), 574-580.
- Langeland, W., & Olf, M. (2008). Psychobiology of posttraumatic stress disorder in pediatric injury patients: A review of the literature. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(1), 161-174.
- Layous, K., Sweeny, K., Armenta, C., Na, S., Choi, I., & Lyubomirsky, S. (2017). The proximal experience of gratitude. *PloS one*, 12(7), e0179123.
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., & Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 627-639.
- Leung, Y. W., Gravely-Witte, S., Macpherson, A., Irvine, J., Stewart, D. E., & Grace, S. L. (2010). Post-traumatic growth among cardiac outpatients: Degree comparison with other chronic illness samples and correlates. *Journal of Health Psychology*, 15(7), 1049-1063.

- Levine, S., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *J Trauma Stress*, 22(4):282-6. doi: 10.1002/jts.20409.
- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 50.
- Lin, H.-R., & Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 69–80.
- Linley, P. A., Joseph, S., & Goodfellow, B. (2008). Positive changes in outlook following trauma and their relationship to subsequent posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(8), 877-891.
- Love, C., & Sabiston, C. M. (2011). Exploring the links between physical activity and posttraumatic growth in young adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20(3), 278-286.
- Maldonado, R. (2017). *Soporte social y afrontamiento en mujeres recluidas en un penal de lima*. (Tesis de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Marsac, M. L., Donlon, K. A., Winston, F. K., & Kassam-Adams, N. (2013). Child coping, parent coping assistance, and post-traumatic stress following paediatric physical injury. *Child: Care, health and development*, 39(2), 171-177.
- Mausbach, B. T., Patterson, T. L., Rabinowitz, Y. G., Grant, I., & Schulz, R. (2007). Depression and distress predict time to cardiovascular disease in dementia caregivers. *Health Psychology*, 26(5), 539.
- McDonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23(1), 114-120.
- McGarry, S., Elliott, C., McDonald, A., Valentine, J., Wood, F., & Girdler, S. (2015). “This is not just a little accident”: a qualitative understanding of paediatric burns from the perspective of parents. *Disability and rehabilitation*, 37(1), 41-50.
- Michel G, Taylor N, Absolom K, Eiser C (2010) Benefit finding in survivors of childhood cancer and their parents: Further empirical support for the Benefit Finding Scale for Children. *Child Care Health Dev* 36(1): 123–129.
- Minsa lanza campaña “No Más Niños Quemados” (2015). Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16986>.
- Nenova, M., DuHamel, K., Zemon, V., Rini, C., & Redd, W. H. (2013). Posttraumatic growth, social support, and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psycho-Oncology*, 22(1), 195-202.
- Nisa, S. U., & Rizvi, T. (2016). Relationship of Social Support, Coping Strategies and Personality Traits with Posttraumatic Growth in Cancer Patients. *International Journal of Research in Economics and Social Science*, 6(4), 105-114.
- Noriega, M. G., Angulo, B. y Hernández, R. C. (2011). La resiliencia: Un tema de hoy. *Perspectivas Docentes*, 45, 52-55.
- Núñez del Prado, P., Zavala, C y Bernardini, P. (2019). Análisis de las propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en víctimas de huaycos. (no publicado)
- Núñez del Prado, P., Zavala, C y Bernardini, P. (2019). Análisis de las propiedades psicométricas del Inventario de Crecimiento Postraumático en pacientes oncológicos. (no publicado)
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E. C., & Blanco, I. (2013). Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos:¿ Crecimiento vicario o secundario?. *Terapia psicológica*, 31(1), 81-92.

- Ogińska-Bulik, N., & Kobylarczyk, M. (2016). Association between resiliency and posttraumatic growth in firefighters: the role of stress appraisal. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 22 (1), 40-48.
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2010). Posttraumatic development-characteristics and measurement. *Psychiatry*, 7 (4), 129-142.
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 472-478
- Páez, D., Basabe, N., Bosco, S., Campos, M. & Ubillos, S. (2011). Afrontamiento y violencia colectiva. En: D. Páez, C. Martín Beristain, J. L. González, N. Basabe & J. De Rivera (Eds.), *Superando la Violencia Colectiva y Construyendo Cultura de Paz* (pp. 279-309). Madrid: Fundamentos.
- Páez, D., Bilbao, M. A., & Javaloy, F. (2008). Del trauma a la felicidad. Los hechos negativos extremos pueden generar creencias positivas y crecimiento personal. *Prácticas en psicología positiva*, 159-202.
- Páez, D., Campos, M., & Bilbao, M. A. (2008). Del trauma a la felicidad: pautas para la intervención. *Psicología positiva aplicada. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer*.
- Palmer, G. A., Graca, J. J., & Occhietti, K. E. (2012). Confirmatory factor analysis of the Posttraumatic Growth Inventory in a veteran sample with posttraumatic stress disorder. *Journal of Loss and Trauma*, 17(6), 545-556.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*, 710-724.
- Park, C. L. (1998). Stress-related growth and thriving through coping: The roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 55, 267-277.
- Park, C. L., Mills-Baxter, M.A., & Fenster, J.R. (2006). Post-Traumatic Growth from Life's Most Traumatic Event: Influences on Elders' Current Coping and Adjustment. *Traumatology*, 11(4), 297-306
- Parkes, C.M. (1971). Psycho-social transitions: A field study. *Social Science and Medicine*, 5, 101-115.
- Petersen, L. R., Clark, M. M., Novotny, P., Kung, S., Sloan, J. A., Patten, C. A., ... & Colligan, R. C. (2008). Relationship of optimism-pessimism and health-related quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(4), 15-32.
- Peterson, J. L., Rintamaki, L. S., Brashers, D. E., Goldsmith, D. J., & Neidig, J. L. (2011). The forms and functions of peer social support for people living with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 23, 294-305.
- Phillips, C., & Rumsey, N. (2008). Considerations for the provision of psychosocial services for families following paediatric burn injury—a quantitative study. *Burns*, 34(1), 56-62.
- Picoraro, J. A., Womer, J. W., Kazak, A. E., & Feudtner, C. (2014). Posttraumatic growth in parents and pediatric patients. *Journal of Palliative Medicine*, 17(2), 209-218.
- Pierce, G. R., Sarason, B. R., & Sarason, I. G. (Eds.). (1996). *Handbook of social support and the family*. Springer Science & Business Media.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388.
- Rahimi, R., Heidarzadeh, M., & Shoaee, R. (2016). The Relationship between Posttraumatic Growth and Social Support in Patients with Myocardial Infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(2).
- Rajandram, R. K., Jenewein, J., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). Coping processes relevant to posttraumatic growth: an evidence-based review. *Supportive Care in Cancer*, 19(5), 583-589.

- Ramírez, L., Pino, A., Springmuller, P., & Clavería, R. (2014). Estrés en padres de niños operados de cardiopatías congénitas. *Archivos argentinos de pediatría*, 112(3), 263-267.
- Ransom, S., Sheldon, K.M., & Jacobsen P.B. (2008). Actual change and inaccurate recall contribute to posttraumatic growth following radiotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 811-819.
- Rhee, Y. S., Ko, Y. B., & Han, I. Y. (2013). Posttraumatic growth and related factors of child protective service workers. *Annals of occupational and environmental medicine*, 25(1), 6.
- Rimé, B., Páez, D., Basabe, N., & Martínez, F. (2010). Social sharing of emotion, post-traumatic growth, and emotional climate: Follow-up of Spanish citizen's response to the collective trauma of March 11th terrorist attacks in Madrid. *European Journal of Social Psychology*, 40(6), 1029-1045.
- Rodin, G., Walsh, A., Zimmermann, C., Gagliese, L., Jones, J., Shepherd, F. A., ... & Mikulincer, M. (2007). The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psycho-Oncology*, 16(12), 1080-1091.
- Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez, M., & Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de psicología*, 11(2), 24-49.
- Rodríguez Rey, R., Alonso Tapia, J., Kassam-Adams, N., & Garrido Hernansaiz, H. (2016). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory in parents of critically ill children. *Psicothema*.
- Rogers, C.H., Floyd, F.J., Seltzer, M.M., Greenberg, J., & Hong, J. (2008). Long-term effect of the death of a child on parent's adjustment in midlife. *Journal of Family Psychology*, 22, 203-211.
- Rojas- Carrasco, K. (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (5): 491-496.
- Romero, S., Carvajal, B & Rueda, L. (2011). Apoyo telefónico: una estrategia de intervención para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Salud*, 43(2), 191-201.
- Rosenbach, C., & Renneberg, B. (2008). Positive change after severe burn injuries. *Journal of burn care & research*, 29(4), 638-643.
- Ruini, C., & Vescovelli, F. (2013). The role of gratitude in breast cancer: Its relationships with post-traumatic growth, psychological well-being and distress. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 263-274.
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., & Kwiatkowska, B. (2017). Stress coping strategies, spirituality, social support and posttraumatic growth in a Polish sample of rheumatoid arthritis patients. *Psychology, health & medicine*, 1-7.
- Salovey, P., Bedell, B.T., Detweiler, J.B., y Mayer, J.D. (2000). Current directions in emotional intelligence research. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed, pp. 504-520). New York: Guilford Press.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*, 99-125.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 19(1), 46-53.
- Schulz, R., & Williamson, G. M. (1991). A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, 6(4), 569-578.

- Schwarzer, R., Hahn, A., & Schröder, H. (1994). Social integration and social support in a life crisis: Effects of macrosocial change in East Germany. *American Journal of Community Psychology*, 22(5), 661-683.
- Senol-Durak, E., & Ayvasik, H. B. (2010). Factors associated with posttraumatic growth among myocardial infarction patients: Perceived social support, perception of the event and coping. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 17(2), 150-158.
- Shakespeare-Finch, J., & Enders, T. (2008). Corroborating evidence of posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress*, 21(4), 421-424.
- Shisco, R. (2013) *Soporte Social en adolescentes institucionalizados en comparación con adolescentes no institucionalizados* (Tesis de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1)
- Stanton, A., Bower, J., & Low, C. (2006). Posttraumatic growth after cancer. *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, 138-175.
- Steele, A., Maruyama, N., & Galynker, I. (2010). Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: a review. *Journal of affective disorders*, 121(1-2), 10-21.
- Stochel-Gaudyn, A., Sktadzien, T., Skalski, J. H., & Fyderek, K. (2013). The emotional reactions of parents to the hospitalization and conservative treatment of children after cardiac surgery in comparison to the parents of children treated for acute infection. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, 10(1), 27-30.
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: reality or illusion?. *Clinical psychology review*, 29(1), 24-33.
- Suurmeijer, T. P., Doeglas, D. M., Briançon, S., Krijnen, W. P., Krol, B., Sanderman, R., ... & Van Den Heuvel, W. J. (1995). The measurement of social support in the 'European Research on Incapacitating Diseases and Social Support': the development of the Social Support Questionnaire for Transactions (SSQT). *Social science & medicine*, 40(9), 1221-1229.
- Svetina, M., & Nastran, K. (2012). Family relationships and posttraumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatria Danubina*, 24, 298-306. doi:10.1016/j.burns.2014.04.007
- Swickert, R., & Hittner, J. (2009). Social support coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 387-393.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22(2), 123-129.
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of traumatic stress*, 21(2), 158-164.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22(2), 129-136.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). "Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tesser, A., Gatewood, R., & Driver, M. (1968). Some determinants of gratitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 233-236.
- Teixeira, R. J., & Pereira, M. G. (2013). Factors contributing to posttraumatic growth and its buffering effect in adult children of cancer patients undergoing treatment. *Journal of psychosocial oncology*, 31(3), 235-265.

- Torres, J. (2011) *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- UNICEF. (2008). World report on child injury prevention: summary. In *World report on child injury prevention: summary*. OMS.
- Vaux, A., Burda, P., & Stewart, D. (1986). Orientation toward utilization of support resources. *Journal of community psychology*, 14(2), 159-170.
- Vega Angarita, O. M., & González Escobar, D. S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, (16), 0-0.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Demakis, G. J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of women quarterly*, 34(1), 110-120.
- Werdel, M. B., & Wicks, R. J. (2012). *Primer on posttraumatic growth: An introduction and guide*. John Wiley & Sons.
- Westphal, M., & Bonanno, G. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology* (56, 3). <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>
- Yadav, S. (2010). Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: a case study from Nepal. *Quality of Life Research*, 19(2), 157–166.
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A. L., Park, C. L., Kwan, L., Ganz, P. A., & Blank, T. O. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(4), 730.
- Yi, K & Kim, M. A. (2014). Postcancer experiences of childhood cancer survivors: how is posttraumatic stress related to posttraumatic growth? *Jourlan of Traumatic Stress*. 27, 461 – 467.
- Yonemoto, T., Kamibeppu, K., Ishii, T., Iwata, S., & Tatzaki, S. I. (2012). Posttraumatic stress symptom (PTSS) and posttraumatic growth (PTG) in parents of childhood, adolescent and young adult patients with high-grade osteosarcoma. *International journal of clinical oncology*, 17(3), 272-275.
- Young, M. (2017). Factors Influencing Posttraumatic Growth in Mothers of Children With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 1043454217697021.
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry research*, 215(2), 401-405.
- Yuen, A, Ho S, Chan C. (2014). The mediating roles of cancer-related rumination in the relationship between dispositional hope and psychological outcomes among childhood cancer survivors. *Psychooncology*.;23:412–9.
- Zhou, X., Wu, X., & Zhen, R. (2017). Understanding the relationship between social support and posttraumatic stress disorder/posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: The role of emotion regulation. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 9(2), 214.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., ... & Kadar, J. L. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal for the scientific study of religion*, 549-564.
- Zulueta, C. F. (2007). Mass violence and mental health: Attachment and trauma. *International Review of Psychiatry*, 19(3), 221-233.
- Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Carley, M. I., Jenewein, J., & Buchi, S. (2010). Posttraumatic growth in cancer patients and partners--effects of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. *Psychooncology*, 19, 12-20.

Apéndice A: Consentimiento Informado

Acepto de manera libre y voluntaria a ser participante del Proyecto de Investigación que conduce la alumna Katrina Salcedo, identificada con el código universitario 20122321/Documento Nacional de Identidad 70452410. Esto, a fin de obtener su licenciatura en Psicología Clínica en la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Entiendo que el propósito de la investigación es el de explorar el crecimiento postraumático en los cuidadores de víctimas pediátricas de quemaduras. También entiendo que si participo en el proyecto, me preguntarán sobre cambios en mis sentimientos, pensamientos y acciones. Asimismo, se me ha explicado que llenaré dos cuestionarios y que la sesión durará aproximadamente 30 minutos.

Mi participación es totalmente voluntaria y, si deseo, puedo retirarme en cualquier momento. En el caso alguna pregunta me incomode, puedo negarme a responderla. Se me ha explicado que las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y que nadie tendrá acceso a ellas ó a mis datos.

Si tengo cualquier duda, puedo comunicarme al teléfono 975093828.

He leído y entendido este consentimiento informado.

Apéndice B: Ficha sociodemográfica

Datos Personales del Cuidador

1. Sexo:
2. Edad:
3. Fecha de Nacimiento:
4. Lugar de Nacimiento:
 - a. En caso sea de provincia, ¿hace cuánto vino a Lima?:
5. Lugar de Residencia Actual:
6. Estado Civil:
7. Grado de Instrucción:
8. Personas con quien vive:
9. ¿Pertenece a alguna religión?
 - a. ¿Cuál?
10. ¿A qué se dedica actualmente?
 - a. En caso trabaje; ¿cuál es la condición laboral?
 - i. Estable:
 - ii. Temporal:
11. Relación con el paciente:
12. ¿Hace cuánto está a cargo del paciente?
13. ¿Estuvo presente al momento de la quemadura?

Datos Personales del Paciente

1. Sexo:
2. Edad:
3. Fecha de Nacimiento:
4. Edad al momento de la quemadura:
5. Tiempo interno en el Hospital del Niño: