


 Artículo de investigación

Estrategias de afrontamiento y adaptación utilizadas por adolescentes con enfermedad cardiovascular: revisión integrativa

 
Palacio-Abello Juan Domingo¹

¹ Universidad Antonio Nariño. Neiva, Colombia.

Resumen

Introducción: brindar cuidado a adolescentes con enfermedad cardiovascular implica conocer las estrategias de afrontamiento y adaptación, ya que esta genera cambios de rol, en la autonomía y en el estilo de vida.

Objetivo: describir las estrategias de afrontamiento y adaptación que utilizan adolescentes con enfermedad cardiovascular.


Métodos: revisión integrativa de la literatura, que mantiene los parámetros de Whittemore y Knaf, con temporalidad retrospectiva de diez años. Se identificaron 12.506 referencias bibliográficas. Al emplear criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 52 piezas bibliográficas. Para la tematización de la información, se empleó la técnica de análisis de contenido.


Resultados: las investigaciones incluidas fueron caracterizadas según disciplina, nivel de formación del autor principal, país, idioma, tendencia de año de publicación, base de datos/buscador, nivel de evidencia y diseño metodológico. Las estrategias de afrontamiento y adaptación se clasificaron en cinco categorías: prácticas ordinarias, prácticas de soporte como actividades e intervenciones, habilidades mental-afectivas innatas y adquiridas, habilidades ineficaces que representan un papel negativo en la conducta y en el desenlace de la adaptación, y sensaciones reveladas que constituyen todos los sentimientos negativos de interiorización y exteriorización del adolescente con enfermedad cardiovascular.

Conclusiones: las estrategias de afrontamiento y adaptación en adolescentes con enfermedad cardiovascular más recomendadas son las habilidades mental-afectivas.


Palabras clave: adolescente; enfermedades cardiovasculares; adaptación; adaptación psicológica; ajuste emocional.



Información del artículo

 **Autor de correspondencia**
jdpalacioa@ut.edu.co

 **Cómo citar este artículo**
Palacio-Abello JD. Estrategias de afrontamiento y adaptación utilizadas por adolescentes con enfermedad cardiovascular: revisión integrativa. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2023;22(1), e055.

 **doi** <https://doi.org/10.18270/rce.v22i1.3741>

 **Recibido:** 01-10-2021
Aprobado: 30-03-2023

 Ediciones anteriores 

Redes sociales



Coping and adaptation strategies used by adolescents with cardiovascular disease: An integrative review

Abstract

Introduction: Caring for adolescents with cardiovascular disease requires an understanding of coping and adjustment strategies, as it involves changes in role, autonomy, and lifestyle.

Objective: To describe the coping and adaptation strategies adolescents with cardiovascular disease use.

Methods: Integrative literature review, following Whittemore and Knaff's parameters and reviewing a 10-year period. A total of 12,506 bibliographic records were identified. Fifty-two bibliographic works were selected using inclusion and exclusion criteria. Content analysis was used to thematize the information.

Results: The studies included were characterized by discipline, educational level of the lead author, country, language, publication year trend, database/search engine, level of evidence, and methodological design. Coping and adaptation strategies were grouped into five categories: Usual practices, supportive practices such as activities and interventions, innate and acquired mental-affective skills, ineffective skills that play a negative role in the behavior and adaptation outcome and revealed feelings, which represent all the negative internalizing and externalizing feelings of an adolescent with cardiovascular disease.

Conclusions: Mental-affective skills are the most recommended coping and adaptation strategies in adolescents with cardiovascular disease.

Keywords: adolescent; cardiovascular diseases; adaptation; psychologic adaptation; emotional adjustment.

Estratégias de coping e adaptação utilizadas por adolescentes com doença

Resumo

Introdução: Cuidar de adolescentes com doenças cardiovasculares implica conhecer as estratégias de coping e adaptação, já que as doenças cardiovasculares geram mudanças no papel, autonomia e estilo de vida.

Objetivo: descrever as estratégias de coping e adaptação utilizadas por adolescentes com doenças cardiovasculares.

Métodos: Revisão integrativa da literatura, que mantém os parâmetros de Whittemore e Knaff, com período retrospectivo de dez anos. Foram identificadas 12.506 referências bibliográficas. Utilizando critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 52 documentos bibliográficos. Para a tematização das informações, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo.

Resultados: As pesquisas foram caracterizadas quanto à disciplina, nível de formação do autor principal, país, língua, tendência do ano de publicação, base de dados / mecanismo de busca, nível de evidência e desenho metodológico. As estratégias de coping e adaptação foram compiladas em cinco categorias: práticas ordinárias e práticas de apoio como atividades e intervenções, habilidades afetivas mentais inatas e adquiridas, habilidades ineficazes que desempenham um papel negativo no comportamento e resultado da adaptação e as sensações reveladas que constituem todos os sentimentos negativos de internalização e externalização do adolescente com doenças cardiovasculares.

Conclusões: As estratégias de coping e adaptação mais recomendadas em adolescentes com doenças cardiovasculares são as habilidades afetivo-mentais.

Palavras-chave: adolescente; doenças cardiovasculares; adaptação; adaptação psicológica; ajustamento emocional.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares (ECV), la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en el mundo con el 16 % (1). De hecho, en países de ingresos medianos como Colombia, de acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane) (2), las ECV son la principal causa de defunción entre los colombianos.

En las Américas, entre los años 2009 y 2014, la prevalencia de las ECV presentó una tasa de mortalidad ajustada en adolescentes hombres entre 10 y 19 años de 1,28 por cada 100.000 habitantes y en adolescentes mujeres entre 10 y 19 años de 1,05 por cada 100.000 habitantes (3). Considerando lo anterior, en el 2019 los adolescentes representaron en Colombia un 10,1 % de la población total, es decir, 5.104.771 de habitantes (4). Por lo que se podría esperar un aumento del número de adolescentes con enfermedad cardiovascular y un incremento en la tasa de mortalidad.

En concordancia con lo anterior, las cardiopatías más frecuentes entre las ECV son las malformaciones congénitas (5), con una incidencia estimada entre 5–8 casos por cada 1.000 nacidos vivos (cifra que puede variar entre países), de los cuales entre un 40–60 % va a requerir de una intervención a lo largo de su vida (6). Además, "solo en Estados Unidos, se calcula que existen aproximadamente 1,4 millones

de personas que padecen esta entidad, comparado con un millón de pacientes menores de 18 años con cardiopatía congénita” (7).

En el caso de los adolescentes vivir con una ECV puede significar “múltiples pérdidas: pérdida de la cotidianidad, del control del tiempo, de la imagen corporal previa, de la imagen corporal deseable y de la independencia” (8). Sumado a lo expuesto, la revisión de Mendoza et ál. (9) pone de manifiesto que, aunque hace falta más información sobre neurodesarrollo, es evidente que los adolescentes con ECV pueden presentar dificultades neurocognitivas. También pueden experimentar diversos sentimientos y emociones al padecer una ECV. Por lo que, al enfrentar las diferentes presiones y el estrés ocasionado por las ECV, generan estrategias de afrontamiento y adaptación que les permite ajustarse y generar respuestas al entorno, en un proceso dinámico de tres etapas: anticipatoria, de impacto y posimpacto (etapa donde persisten las estrategias) (10).

Desde esa perspectiva, la adolescencia es una etapa de cambios físicos y emocionales, que requiere de un acompañamiento para el desarrollo de una cultura de autocuidado, pues como lo afirma Borrás, “la adolescencia requiere ayudarla a enfrentar los riesgos y las vulnerabilidades, así como prepararlos para que sean capaces de desarrollar sus potencialidades” (11).

Frente a lo mencionado, los adolescentes con ECV generan estrategias de afrontamiento y adaptación, que les permite ajustarse y generar respuestas al entorno. Por tanto, es necesario desarrollar una revisión de la literatura académica con el objetivo de describir las estrategias de afrontamiento y adaptación que utilizan adolescentes con enfermedad cardiovascular.

Métodos

Se planteó una revisión integrativa de la literatura manteniendo las etapas propuestas por Whittemore y Knafl (12), con un alcance descriptivo y retrospectivo de diez años. La investigación cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia (13). Para evitar el sesgo de concepto, se planteó un propósito alcanzable desde el inicio de la investigación; el marco conceptual y de referencia se revisaron cuidadosamente a fin de mantener la coherencia interna de la investigación, lo que proporcionó una selección oportuna de la metodología para su desarrollo.

Para atenuar el sesgo idiomático, se incluyeron en la búsqueda piezas bibliográficas en español, inglés y portugués. En cuanto al sesgo de publicación, se incluyeron bases/motores con acceso a diversas revistas indexadas, así como repositorios institucionales. A fin de controlar el sesgo del observador, se recurrió a la rigurosidad de la búsqueda en los bases/motores para que la revisión fuese lo más sistemática posible, de acuerdo con los criterios de selección y exclusión. El sesgo de clasificación se contrarrestó aplicando criterios de inclusión y exclusión junto con un sistema de organización previamente definido.

Identificación del problema

Se delimitó el área de investigación: estrategias de afrontamiento y adaptación de adolescentes con ECV; se determinaron los conceptos claves: enfermedad/patología cardiovascular, adolescente, afrontamiento y adaptación; se especificó la búsqueda de piezas bibliográficas: artículos de investigación clasificados con la jerarquía propuesta por Gray et ál. (14).

Búsqueda de literatura

Criterios de inclusión: artículos de investigación clasificados con la jerarquía propuesta por Gray et ál. (14), publicados en el periodo 2010–2020, en español, inglés y portugués, con acceso a texto completo en bases y motores de búsqueda: EBSCO HOST, Scielo, Scopus, Ovid Nurse, Pubmed y Biblioteca Virtual de la Salud. Independiente de la metodología, debían referirse al tema delimitado.

Criterios de exclusión: las piezas excluidas fueron investigaciones realizadas en adolescentes con otro tipo de patologías, como cáncer, y aquellas que no abordaran el tema delimitado.

Las ecuaciones de búsqueda se plantearon a partir de la estrategia con términos DeSC y MeSH: Adolescent AND (Psychological Adaptation OR Emotional Adjustment OR coping) AND (Cardiovascular, Cardiovascular Diseases OR Cardiovascular Abnormalities OR Heart Failure OR Heart Injuries OR Heart Diseases OR Heart Defects, Congenital).

Análisis de la información

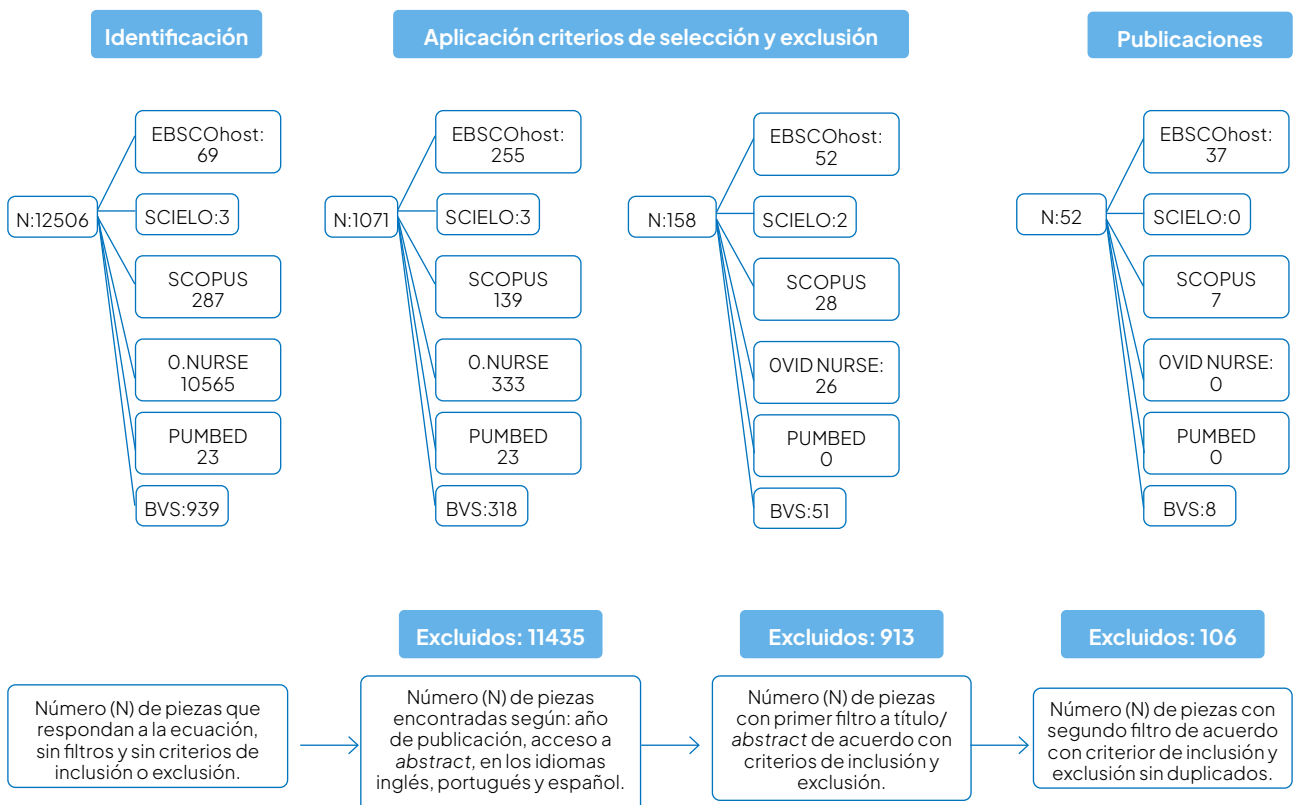
En esta fase se empleó la herramienta de análisis de contenido. El procedimiento para identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación consistió en la lectura y el análisis de las 52 piezas bibliográficas, de las que se extrajeron unidades de contenido y de análisis de manera secuencial, lo cual permitió generar categorías y subcategorías. Es decir, las fuentes primarias se dividieron en subgrupos, se clasificaron según el tipo de evidencia y se analizaron conforme la información que contenían las piezas de investigación (abstrayendo y simplificando). Posteriormente, se relevaron las unidades de contenido agrupando las unidades de análisis, se suprimieron duplicados y otras unidades con el mismo significado. Finalmente, se compiló la información en una matriz de análisis y según la caracterización de la información, se realizó la tematización, es decir, la extracción de categorías y subcategorías, de acuerdo a la metodología descrita por Cáceres (15).

Resultados

Caracterización de los artículos seleccionados

En la figura 1, se representa el proceso de búsqueda. Se identificaron 12.506 referencias en 6 bases de datos (689 en EBSCOhost, 3 en SciELO, 287 en Scopus, 10.565 en Ovid Nurse, 23 Pubmed y 939 en Biblioteca Virtual de la Salud). Tras la aplicación de los filtros, publicación: 2010–2020, idiomas: inglés, portugués y español, y acceso: título y resumen, se obtuvieron 1071 piezas. Luego, se examinaron títulos y resúmenes. Conforme a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron 158 artículos. Una vez comparadas las bases de datos, se eliminaron duplicados y se obtuvieron 86 piezas. Los datos de las 86 piezas fueron ingresados a una matriz, teniendo en cuenta: propósito, resultados, limitaciones, entre otros. Tras una segunda lectura bajo los mismos criterios, se excluyeron 35 piezas. Al final, 52 artículos fueron incluidos.

Figura 1. Esquema PRISMA de la revisión integrativa



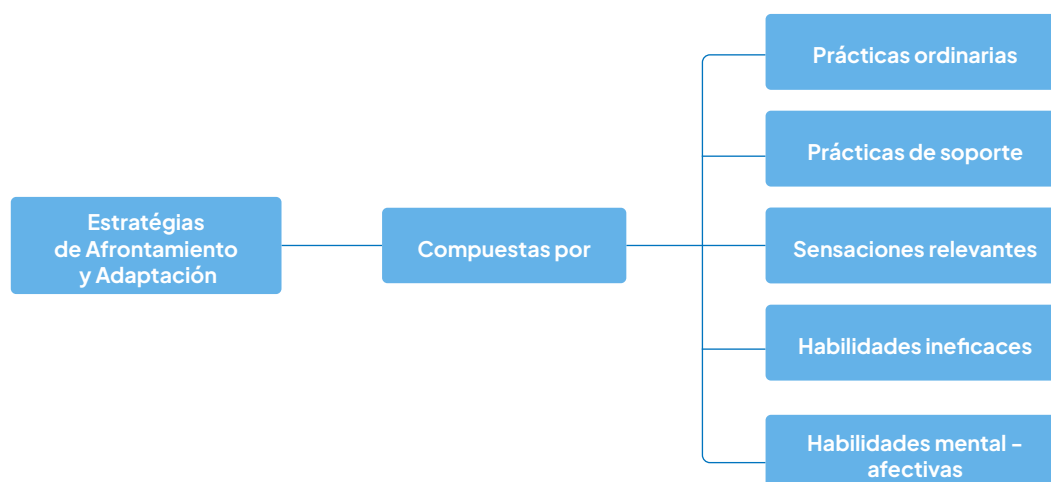
Se encontró en la bibliografía seleccionada (52 piezas) que las disciplinas con mayor participación fueron enfermería y psicología con un 36 % cada una. En cuanto a la formación del autor principal, en el 70 % de las piezas este tenía como mínimo formación de maestría. El país con más publicaciones fue Estados Unidos de América con 13 registros; seguido de Canadá con 6; Bélgica y Corea del Sur con 5; Turquía con 3; Alemania, Australia, Portugal, Suecia y Taiwán con 2, y otros países con 1 registró. Las 52 piezas fueron publicadas en inglés y la distribución de publicaciones por año se ha mantenido constante en la última década (2010 y 2020).

Respecto a las bases/buscadores: EBSCOhost aportó un 71% (n = 37), la Biblioteca Virtual de la Salud un 15 % (n = 8) y Scopus un 13 % (n = 7). Si bien la búsqueda bibliográfica abarcó otras bases de datos, esas piezas bibliográficas eran duplicados y por ello no se tuvieron en cuenta en la revisión final. La distribución de publicaciones según el diseño metodológico fue: 8 % revisiones sistemáticas con nivel de evidencia I n:4, 8 % estudios cuasiexperimentales con nivel de evidencia III n:4, 33 % estudios cuantitativos-correlacionales con nivel de evidencia IV n:17, 2 % revisión de la literatura con nivel de evidencia IV n:1, 33 % estudios cualitativos con nivel de evidencia VI n:17, 12 % estudios cuantitativos descriptivos con nivel de evidencia VI n:6 y 6 % opiniones de expertos con nivel de evidencia VII n:6.

Análisis de contenido

Los resultados del análisis de contenido arrojaron cinco categorías de las estrategias de afrontamiento y adaptación de adolescentes con ECV: 1) prácticas ordinarias, 2) prácticas de soporte como actividades e intervenciones, 3) habilidades mental-afectivas innatas y adquiridas, 4) habilidades ineficaces que representan un papel negativo en la conducta y el desenlace de la adaptación en la etapa de posimpacto o posconfrontación, y 5) sensaciones reveladas que constituyen todos los sentimientos negativos de interiorización y exteriorización experimentados en cada una de las etapas del afrontamiento (10) (véase Figura 2).

Figura 2. Categorías de las estrategias de afrontamiento y adaptación



En la presente revisión se plantea que las estrategias de afrontamiento y adaptación son multifactoriales, dependen de diferentes categorías y a la vez están compuestas por subcategorías y unidades de análisis.

Prácticas ordinarias

Esta categoría se refiere a las mediaciones y actividades que los profesionales de manera interdisciplinaria pueden facilitar al adolescente con el fin de favorecer procesos de afrontamiento y adaptación adecuados. Las prácticas ordinarias están compuestas por seis subcategorías:

- * Mediaciones psicológicas: intervenciones dirigidas a mantener un adecuado estado mental de los adolescentes; en la revisión se identificaron: psicoterapia, discusión de factores estresantes, psicoeducación, terapia de resolución de problemas, discusiones grupales, salud mental, terapia cognitivo-conductual, atención psicológica, entrenamiento conductual, apoyo psicológico y apoyo a la salud emocional (16-18).

- * Mediaciones familiares: actividades dirigidas a optimizar la dinámica y la participación familiar, a partir del consuelo, el bienestar familiar, los cronogramas educativos (planificación de la educación una vez se egresa de hospitalización) y el apoyo a la salud emocional de la familia, considerando al adolescente y su entorno (19–21).
- * Transición planificada: cambio proyectado de los adolescentes, desde un modelo educativo, frente al curso de vida del adulto joven con el acompañamiento de un equipo interdisciplinar. En ella se promueve el autocuidado, la participación y el bienestar de la familia (20, 22–24). La transición planificada busca una mejor adaptación del adolescente y la preparación al proceso de cambio desde la dependencia e independencia de los cuidadores (25).
- * Actividades de ocio y actividades de alivio: herramientas que permiten relajación y descanso; su objetivo principal es potenciar el proceso de afrontamiento y adaptación, ayudan a disminuir el estrés, la ansiedad, y facilitan la regulación emocional. En referencia a lo mencionado, Soldevila et ál. sostienen que “la regulación emocional permite manejar las emociones agradables y desagradables, tolerar la frustración” (26). Las actividades de ocio identificadas fueron: reducción del estrés, técnicas de dibujo proyectivo, terapias de juego, ejercicios de interés para el adolescente, y de alivio fueron: meditación, yoga y campamentos de verano (27–32).
- * Información y comunicación efectiva: facilitan la interacción entre profesionales y el adolescente con ECV. Surge como la necesidad de contar con un canal apropiado entre el adolescente y el equipo interdisciplinar, en el que se resalta la información sobre capacitación, planificación familiar y recursos que favorezcan una mejor toma de decisiones. Una adecuada información disminuye los riesgos de complicaciones siempre que se garantice una vía, es decir, un canal de comunicación efectivo (24, 33–35).

Prácticas de soporte

Se refiere a las diferentes redes de apoyo que deben ser estimuladas para que el adolescente no experimente de manera aislada la ECV. Estas redes facilitan mejores procesos de afrontamiento y adaptación, y constituyen la columna principal para que el enfermero brinde cuidado fundado en la preocupación del entorno del adolescente con ECV, un cuidado deseoso de interacciones basadas en el crecimiento espiritual y el fortalecimiento del equipo interdisciplinar. La categoría está conformada por cuatro subcategorías:

- * Apoyo terapéutico: como lo mencionan Chiang et ál. (28), representa la necesidad de reconstruir las relaciones médico-adolescente, puesto que el equipo interdisciplinar es el responsable de proponer las herramientas para la ejecución de diferentes actividades. Desde esa concepción, es posible que un adolescente utilice diferentes tipos de estrategias, pero es deber del equipo orientar, guiar, facilitar y acompañar al adolescente con ECV durante el proceso.
- * Apoyo social: todo el soporte que puede recibir el adolescente por parte de amigos y pacientes con la misma condición; el propósito es favorecer las relaciones, el funcionamiento y la integración social-escolar (36–39).
- * Apoyo familiar: red indispensable para superar retos psicológicos y físicos; además, como lo exponen Silva et ál. (40), este tipo de apoyo es fundamental para que el adolescente con ECV trate de llevar una vida con normalidad, pues el cuidado y las intervenciones del adolescente con ECV deben contar con la participación de la familia.
- * Apoyo espiritual: expuesto por Chiang et ál. (28), Ladak et ál. (34) y Lee et ál. (37), es una necesidad para todos los seres humanos, pues como lo expresa Sánchez-Herrera (41), ignorar esta dimensión sería como olvidar el componente biológico, social o psicológico de los adolescentes con ECV. El apoyo espiritual depende de los factores socioculturales que guardan relación con los procesos de transición a la etapa adulta y el afrontamiento positivo, en otras palabras, los recursos socioculturales son un puente para que el adolescente sienta soporte, esperanza y apoyo en la toma de decisiones.

Habilidades mental-afectivas

Se refiere a las estrategias empleadas por los adolescentes para afrontar la experiencia de vivir con una ECV. Reúne todas las condiciones ideales y deseadas que deberían emplear en el proceso de afrontamiento y adaptación. Se identificaron ocho subcategorías:

- * Remodelamiento mental: procesos cognitivos que permiten al adolescente con ECV centrarse en soluciones mediante la búsqueda de alternativas y la capacidad de aprender de las situaciones adversas, los cambios, la mejora y la organización. Comprende las siguientes unidades de análisis: competencia en salud percibida, compromiso de control secundario, flexibilidad cognitiva, función ejecutiva, generación de soluciones alternativas, motivación de aprendizaje, planificación, puesta en perspectiva de las situaciones, reestructuración cognitiva, resistencia, resolución de problemas, respuestas de estrés involuntario, sentido de coherencia y visualización de posibilidades en lugar de restricciones (16, 35, 42).

- * Libertad: necesidad permanente de autonomía, independencia y empoderamiento que los adolescentes requieren para afrontar adecuadamente la ECV. Es una subcategoría necesaria para el adolescente en la toma de decisiones y la participación activa en el proceso de transición hacia la vida adulta; herramienta que provee mejor comunicación con las redes de soporte y ofrece cohesión entre los miembros del equipo interdisciplinar (21, 33, 37).
- * Control de la situación: comprende las habilidades que pueden desarrollar los adolescentes con ECV al reconocer sus emociones, qué pueden hacer y qué no, aceptándose y normalizando escenarios. La subcategoría está compuesta por las unidades: abordaje de fuentes de estrés, afrontamiento de la carga de la enfermedad, autocontrol, capacidad de gestión, compensación, elección de con quién y cuándo compartir información de la patología, manejo de la información de manera pertinente, reorganización del tiempo, satisfacción de necesidades, sentido de confianza, sentido de identidad personal, distraerse con otras situaciones y toma de decisiones compartida (16, 28, 43–45).
- * Atributos sociales: propiedades intrínsecas que facilitan las relaciones interpersonales con pares, familiares y amigos. Aportan al adolescente un adecuado intercambio de emociones, sentimientos e información con el entorno. La subcategoría está compuesta por actitud positiva/sentido de optimismo, amabilidad, autoeficacia, autoestima, buen humor, buena expresividad, comprensibilidad, evitación de la alienación en las amistades, experiencias y habilidades sociales, extraversión, franqueza, mantenimiento de interacciones normales, memoria de trabajo, mentalidad positiva, reinterpretación positiva, retorno a la vida social normal y habilitación de otros (37, 46, 47).
- * Autodefinición: se refiere a reconocer la enfermedad, así como aceptar y examinar las limitaciones que esto conlleva. En ella, el adolescente busca información, comprende y da significado a su existencia y rol en la vida. Esta subcategoría comprende: aceptación, autoconcepto, autopercepción, búsqueda de conocimiento, comprensión de su propio ritmo y cuerpo entendiendo la enfermedad, sentirse igual a los demás, ser fuerte, ser sobreviviente, trascender viviendo con ECV, imagen corporal, apariencia física, sensación y sentido de pertenencia (21, 48–52).
- * Consciencia: proceso de reflexión compuesto por la identidad (saber quién soy), actitud consciente (cualidad de reconocerse frente al entorno), autoconciencia (preocupación y reconocimiento de los recursos internos), construcción de enfoques conscientes (técnicas que median el estrés), felicidad por ser yo y resiliencia (adaptación positiva ante la adversidad) (28, 34, 49, 53).
- * Reflexión emocional: cambios positivos que experimenta el adolescente con ECV a partir de experiencias; dichos cambios modifican las emociones y los sentimientos negativos y convierten cada experiencia en una oportunidad de aprendizaje. Las unidades que conforman esta subcategoría son: centrarse en las fortalezas, corrección de la sensibilidad emocional, desarrollo de la sensibilidad, emociones positivas, estabilidad emocional, evitación de situaciones estresantes, excitación fisiológica, formación de reacciones, funcionamiento emocional, mantenimiento del equilibrio, modulación y regulación emocionales, relaciones románticas, sentimientos fuertes de competencia emocional, expresión emocional y crecimiento (32, 47, 54, 55).
- * Perseverancia por el futuro: se caracteriza por la planeación, la gestión y el positivismo frente a mejorar en los aspectos psicológico y biológico del adolescente con ECV. En esta subcategoría se encuentran las unidades de análisis relacionadas con compromiso, voluntad y proyección hacia la vida, creación de significado y centrarse en las posibilidades (48, 56–58).

Habilidades ineficaces

Son estrategias de afrontamiento y adaptación inadecuadas, actitudes conscientes e inconscientes que el adolescente utiliza y no permiten una adecuada adaptación durante las etapas del afrontamiento (10). Como resultado de la organización de las unidades de análisis, surgieron las siguientes tres subcategorías:

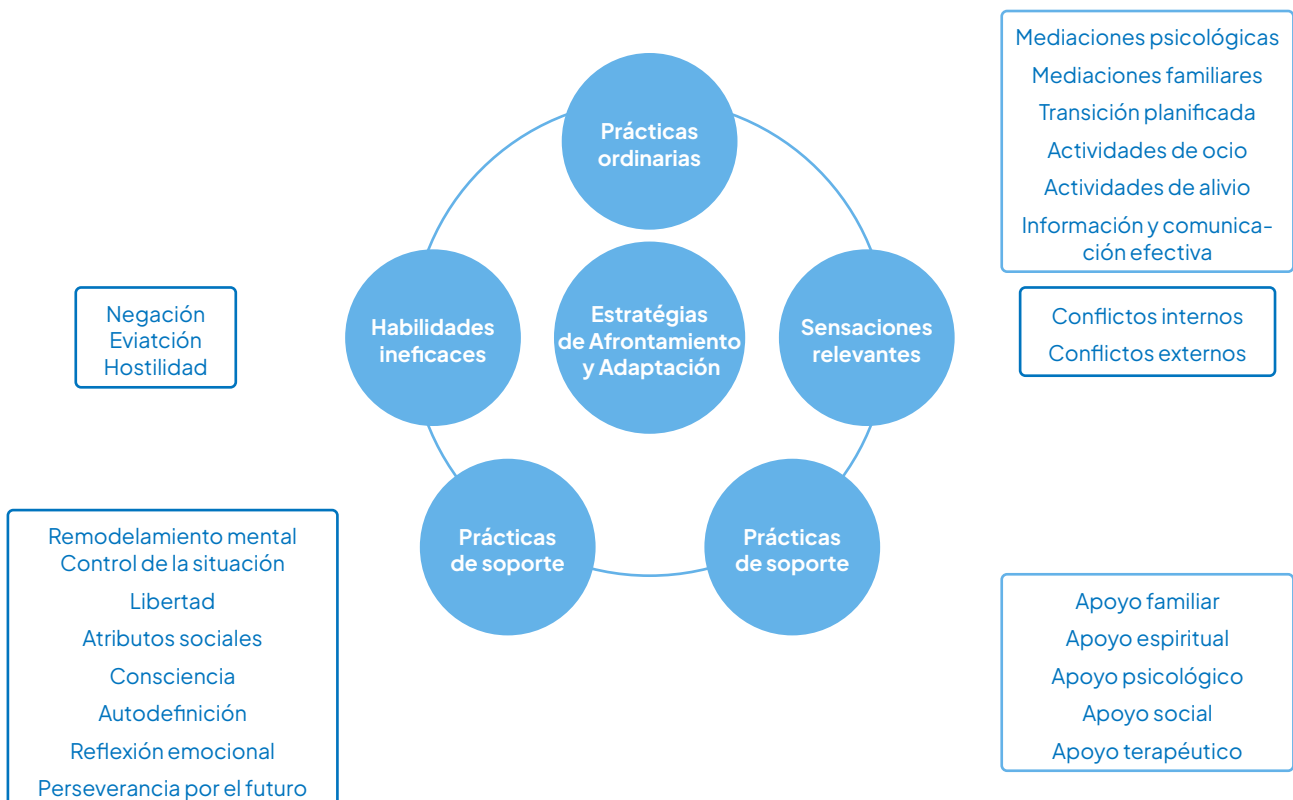
- * Negación: se emplea como una salida de la realidad inmediata de la experiencia de vivir con una ECV, mediante actitudes como inmadurez social y emocional, la rumia, la desconexión y el retraimiento son medidas de escape para evitar el entorno y evadir el rol (16, 55, 59).
- * Evitación: funciona como un muro que impide el desarrollo de habilidades mental-afectivas para adolescentes con ECV. Esta subcategoría está compuesta por adormecimiento emocional (limitación de emociones), aislamiento, distanciamiento, ilusión, evitación, restricción de los padres, resignarse a la situación, pasividad, desvinculación conductual, no adherencia deliberada y malestar con las situaciones sociales (21, 39, 55, 60).
- * Hostilidad: mecanismo de oposición cuyas características se consideran rasgos inseguros y generan barreras para las prácticas ordinarias y de soporte. Esta subcategoría comprende relaciones conflictivas, intolerancia a situaciones frustrantes, rebelión, actitudes rígidas, confrontación, respuestas de rivalidad, conductas de oposición, agresividad, sensación de caos y sensación de culpa (32, 61–63).

Sensaciones reveladas

Se refiere a conflictos internos y externos que puede presentar un adolescente con ECV. Por ejemplo, dificultades emocionales y de comportamiento, ansiedad, depresión, estrés, miedo, dolor, frustración, incertidumbre, angustia, preocupación, baja autoestima, aislamiento e irritabilidad. En esta categoría surgieron dos subcategorías:

- * Conflictos internos: emociones y sentimientos negativos resultantes de los procesos de afrontamiento y adaptación que impactan al adolescente durante las etapas de aviso, confrontación y posconfrontación. De acuerdo con la bibliografía, los principales conflictos internos en este grupo son angustia, ansiedad, defectos invisibles, dependencia, depresión, dificultades emocionales y de comportamiento, dolor, estrés, frustración, inseguridad sobre el futuro, irritabilidad, preocupación, represión, soledad, miedo, trastornos alimenticios y baja autoestima (24, 57, 60, 62, 64–68).
- * Conflictos externos: daño colateral que pueden presentar los cuidadores, padres y familia del adolescente con ECV, como cambio de rol, trauma, opresión, desajuste emocional y conductual (24, 28, 49, 69, 70).
- * En esta última categoría, dentro de los planes de cuidado se deben considerar las interacciones, el entorno del adolescente con ECV y los conflictos generados, con el fin de que el cuidado brindado sea integral y tenga en cuenta todos y cada uno de los aspectos que intervienen en las estrategias de afrontamiento y adaptación.
- * Para sintetizar, en la Figura 3 se presenta la relación entre las categorías y subcategorías. Además, se puede apreciar que las estrategias de afrontamiento y adaptación en el adolescente con ECV se relacionan de manera positiva con las categorías Prácticas ordinarias, Prácticas de soporte y Habilidades mental-afectivas, y de modo negativo con las categorías Habilidades ineficaces y Sensaciones reveladas. Por otra parte, las subcategorías representan el conjunto de acciones, actividades y resultados que componen las categorías.

Figura 3. Relación entre las categorías de las estrategias de afrontamiento y adaptación.



Discusión

Una vez expuestas las categorías, subcategorías y unidades que conforman las estrategias de afrontamiento y adaptación de adolescentes con ECV, se puede afirmar que los resultados encontrados en la presente revisión guardan relación con los conceptos de afrontamiento y adaptación propuestos por Roy y Andrews (71), puesto que dichos autores se refieren a dos subsistemas: uno regulador y uno relacionador. Este último responde a procesos cognitivo-emocionales innatos y adquiridos que en la presente revisión se relacionan con las categorías de habilidades mental-afectivas y habilidades ineficaces, mientras que el regulador responde a través de procesos endocrinos, químicos y neuronales, muy relacionado con las prácticas de soporte y las prácticas ordinarias que estimulan biológica y psicológicamente al adolescente.

Una de las principales diferencias respecto a de la bibliografía encontrada (16, 31, 55) es que las investigaciones referenciadas se basan en el concepto de que las respuestas de afrontamiento y adaptación se clasifican en acciones/actividades de control primario (directo), control secundario (indirecto) y afrontamiento desadaptativo (abandono) (72, 73). Además, una vez realizada la revisión integrativa, se encontró que los conceptos mencionados no incluyen la gran diversidad de estrategias de afrontamiento y adaptación descritas en los resultados de esta revisión. Por lo anterior, es posible afirmar que este estudio brinda una mayor claridad conceptual sobre las estrategias de afrontamiento y adaptación en adolescentes con ECV.

Por otra parte, en una revisión realizada por Macías et ál. (73) sobre el concepto de las estrategias de afrontamiento individual, se expone que las estrategias de afrontamiento se clasifican en tres: centradas en el problema, en las emociones y basadas en la evitación, y pueden ser tanto funcionales como disfuncionales. Respecto a las estrategias basadas en el problema, estas resultan de la búsqueda de soluciones; las centradas en las emocionales hacen parte de un grupo de procesos cognitivos que buscan un equilibrio afectivo y las estrategias basadas en la evitación aplazan el afrontamiento. Es evidente que esta clasificación expone información importante; no obstante, el presente trabajo muestra una categorización muy completa sobre el fenómeno mediante un proceso metodológico riguroso que da sustento a cada una de las unidades de análisis, subcategorías y categorías presentadas.

Lo anterior pone en evidencia el gran abanico de posibilidades con el que cuenta el profesional de enfermería para fortalecer su quehacer al momento de atender a un adolescente con ECV. Esto pone de presente lo innovador de esta revisión integrativa, pues hasta el momento ninguna revisión había reunido y categorizado las estrategias de afrontamiento y adaptación en adolescentes con ECV empleadas a nivel mundial en la última década.

Conclusiones

La presente revisión integrativa permitió describir las estrategias de afrontamiento y adaptación empleadas por adolescentes con ECV en los últimos 10 años, a través de la categorización en un proceso riguroso de investigación. Como resultado, se identificaron cinco categorías de las estrategias de afrontamiento y adaptación de adolescentes con ECV: las prácticas de soporte, las prácticas ordinarias que se basan en actividades e intervenciones, las habilidades mental-afectivas que pueden ser innatas y adquiridas, las habilidades ineficaces que tienen un papel negativo en el desenlace del afrontamiento y en el proceso de adaptación, y las sensaciones reveladas que constituyen todos los sentimientos negativos de interiorización y exteriorización del adolescente.

Las categorías presentadas exploran al adolescente como un ser único, interdependiente del ambiente y las relaciones sociales, ya que reconocen las respuestas como un todo, en donde los cambios psicológicos, físicos y biológicos interactúan entre sí, proporcionando en conjunto una visión sobre el proceso de adaptación, lo que permite examinar los elementos que intervienen en él.

En adición, las estrategias de afrontamiento y adaptación en adolescentes con ECV más recomendadas de la última década en la etapa posimpacto (etapa donde perduran dichas estrategias) son las habilidades mental-afectivas, puesto que pueden estimularse a través de las prácticas de soporte (apoyo) y las prácticas ordinarias (intervención), constituyendo las condiciones ideales y deseadas en el proceso.

Finalmente, la investigación sobre el fenómeno en países en vía de desarrollo es muy escasa. De hecho, hasta el momento de desarrollar esta revisión no hay datos sobre investigaciones de afrontamiento y

adaptación en adolescentes latinos con ECV, en quienes la cultura, los patrones de crianza y el poder adquisitivo son diferentes a los registrados para el mismo grupo etario en países desarrollados donde existen prácticas de soporte que aún no han sido implementadas en países como Colombia.

Conflictos de intereses

Declaro no tener conflictos de intereses institucionales, ni financieros, ni personales que influyeran inapropiadamente en el desarrollo de esta investigación.

Financiación

El autor declara no haber presentado ningún tipo de financiamiento para la elaboración del presente documento.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Las 10 principales causas de defunción [Internet]. 2020 [citado 2020 jun. 22]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). Diez primeras causas de defunción, según departamento de residencia [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010–2018) [Internet]. [s.f.]. Disponible en: <https://www3.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/>
4. Ministerio de Salud (MinSalud). Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2019. Bogotá; 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/analisis-de-situacion-de-salud-.aspx>
5. Soto VM, Zubarew GT, Arancibia-Galilea MF. Adolescentes y jóvenes portadores de cardiopatías congénitas en etapa de transferencia a la atención médica de adultos. Rev Chil Pediatr. [Internet]. 2020;91(3):339–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1346>
6. Albert-Brotons DC. El adolescente con cardiopatía congénita. An Pediatr Contin. [Internet]. 2014;12(5):231–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-el-adolescente-con-cardiopatia-congenita-S1696281814701969>
7. Sandoval N. Adultos con cardiopatías congénitas: una población creciente. Retos del presente y el futuro. Rev Col Cardiol. [Internet]. 2017;24(3):199–203. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2017.05.001>
8. Morales LC, Castillo E. Vivencias de los(as) adolescentes en diálisis: una vida de múltiples pérdidas pero con esperanza. Colomb Med [Internet]. 2007;38(4 supl. 2):44–53. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342007000600005&lng=en
9. Mendoza-Carretero M del R, Ares-Segura S, Sáenz-Rico-de-Santiago B. Dificultades en el neurodesarrollo con repercusión en el ámbito educativo en menores con cardiopatías congénitas: revisión sistemática. REDIS [Internet]. 2019;7(2):43–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.07.02.03>
10. Muslow GG. Desarrollo personal y proceso de afrontamiento. Educación. 1996;V(10):171–9. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/educacion/article/view/5112/5104%09>
11. Borrás-Santisteban T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. CCM [Internet]. 2014;18(1):05–07. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002

12. Whittemore R, Knaff K. The integrative review: Updated methodology. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2005;52(5):546–53. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
13. Consejo de Facultad de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional. Resolución 077 de 2006. Bogotá; 2006 [citado 2020 ag. 8]. Disponible en: http://www.legal.unal.edu.co/rlunal/home/doc.jsp?d_i=37941
14. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. Elsevier. 8th Edition. St. Louis, Missouri; 2017.
15. Cáceres P. Análisis de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2003;2(1):53–82. Disponible en: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/1003>
16. Jackson JL, Gerardo GM, Monti JD, Schofield KA, Vannatta K. Executive function and internalizing symptoms in adolescents and young adults with congenital heart disease: The role of coping. *J Pediatr Psychol*. [Internet]. 2018;43(8):906–15. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsx154>
17. Kovacs AH, Utens EM. More than just the heart: Transition and psychosocial issues in adult congenital heart disease. *Cardiol Clin*. [Internet]. 2015;33(4):625–34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ccl.2015.07.005>
18. Ozbaran B, Kose S, Yagdi T, Engin C, Erermis S, Uysal T, et ál. Psychiatric evaluation of children and adolescents with left ventricular assist devices. *Psychosom Med* [Internet]. 2012;74(5):554–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e318258853a>
19. Bertoletti J, Marx GC, Hattge-Júnior SP, Pellanda LC. Qualidade de vida e cardiopatia congênita na infância e adolescência. *Arq. Bras. Cardiol*. [Internet]. 2014;102(2):1928. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/abc.20130244>
20. Flocco SF, Dellafiore F, Caruso R, Giamberti A, Micheletti A, Negura DG, et ál. Improving health perception through a transition care model for adolescents with congenital heart disease. *J Cardiovasc Med*. [Internet]. 2019;20(4):253–60. Disponible en: <https://doi.org/10.2459/jcm.0000000000000770>
21. Knowles RL, Tadic V, Hogan A, Bull C, Rahi JS, Dezateux C, et ál. Self-reported health experiences of children living with congenital heart defects: Including patient-reported outcomes in a national cohort study. *PLOS ONE*. [Internet]. 2016;11(8):1–23. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159326>
22. Im YM, Lee S, Yun TJ, Choi JY. School-related adjustment in children and adolescents with CHD. *Cardiol Young* [Internet]. 2017;27(7):1349–55. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s1047951117000324>
23. Ozbaran M, Yagdi T, Engin C, Ulger Z, Ozbaran B, Kose S, et ál. New era of pediatric ventricular assist devices: Let us go to school. *Pediatr Transplant*. [Internet]. 2015;19(1):82–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/petr.12399>
24. Pickles DM, Lihn SL, Boat TF, Lannon C. A roadmap to emotional health for children and families with chronic pediatric conditions. *Pediatrics*. [Internet]. 2020;145(2) 01–04. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1324>
25. Lizama M, Ávalos ME, Vargas NA, Varela MA, Navarrete CL, Galanti DM, et ál. Transición al cuidado de la vida adulta, de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud: recomendaciones del comité NANEAS de la Sociedad Chilena de Pediatría. *Rev. Chil. Pediatr*. [Internet]. 2011;82(3):238–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062011000300010>
26. Soldevila A, Filella G, Ribes R, Agulló MJ. Una propuesta de contenidos para desarrollar la conciencia y la regulación emocional en la Educación Primaria. *Cultura y Educación* [Internet]. 2007;19(1):47–59. Disponible en: <https://doi.org/10.1174/113564007780191278>
27. Bultas MW, Budhathoki C, Balakas K. Evaluation of child and parent outcomes after a pediatric cardiac camp experience. *J Spec Pediatr Nurs*. [Internet]. 2013;18(4):320–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jspn.12040>
28. Chiang YT, Chen CW, Su WJ, Wang JK, Lu CW, Li YF, et ál. Between invisible defects and visible impact: The life experiences of adolescents and young adults with congenital heart disease. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2015;71(3):599–608. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.12546>

29. Dulfer K, Helbing WA, Duppen N, Utens EMWJ. Associations between exercise capacity, physical activity, and psychosocial functioning in children with congenital heart disease: A systematic review. *Eur J Prev Cardiol.* [Internet]. 2014;21(10):1200–15. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2047487313494030>
30. Freedenberg VA, Thomas SA, Friedmann E. A pilot study of a mindfulness based stress reduction program in adolescents with implantable cardioverter defibrillators or pacemakers. *Pediatr Cardiol.* [Internet]. 2015;36(4):786–95. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00246-014-1081-5>
31. Freedenberg VA, Hinds PS, Friedmann E. Mindfulness-Based stress reduction and group support decrease stress in adolescents with cardiac diagnoses: A randomized two-group study. *Pediatr Cardiol.* [Internet]. 2017;38(7):1415–25. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00246-017-1679-5>
32. Ostapets EA. Primary and secondary prophylaxis of impaired mental development in children with congenital anomalies of the circulatory system. *Neurosci Behav Physiol.* [Internet]. 2013;43(1):106–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22027665/>
33. Acuña-Mora M, Sparud-Lundin C, Burström Å, Hanseus K, Rydberg A, Moons P, et ál. Patient empowerment and its correlates in young persons with congenital heart disease. *Eur J Cardiovasc Nurs.* [Internet]. 2019;18(5):389–98. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1474515119835434>
34. Ladak LA, Gallagher R, Hasan BS, Awais K, Abdullah A, Gullick J. Exploring the influence of socio-cultural factors and environmental resources on the health related quality of life of children and adolescents after congenital heart disease surgery: Parental perspectives from a low middle income country. *J Patient Rep Outcomes.* [Internet]. 2020;4(1):01–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s41687-020-00239-0>
35. Leslie CE, Schofield K, Vannatta K, Jackson JL. Perceived health competence predicts anxiety and depressive symptoms after a three-year follow-up among adolescents and adults with congenital heart disease. *Eur J Cardiovasc Nurs.* [Internet]. 2020;19(4):283–90. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1474515119885858>
36. Coelho R, Teixeira F, Margarida Silva A, Vaz C, Vieira D, Proenc C, et ál. Psychosocial adjustment, psychiatric morbidity and quality of life in adolescents and young adults with congenital heart disease. *Rev Port Cardiol.* [Internet]. 2013;32(9):657–64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2013.07.001>
37. Lee S, Lee J, Choi JY. The effect of a resilience improvement program for adolescents with complex congenital heart disease. *Eur J Cardiovasc Nurs.* [Internet]. 2017;16(4):290–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1474515116659836>
38. Sepke M, Ferentzi H, Disselhoff VSU, Albert W. Exploring the developmental tasks of emerging adults after paediatric heart transplantation: A cross-sectional case control study. *BMJ Open* [Internet]. 2018;8(11):01–10. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022461>
39. Shearer K, Rempel GR, Norris CM, Magill-Evans J. “It’s no big deal”: Adolescents with congenital heart disease. *Eur J Pediatr.* [Internet]. 2013;28(1):28–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2012.03.031>
40. Silva AM, Vaz C, Areias MEG, Vieira D, Proenaa C, Viana V, et ál. Quality of life of patients with congenital heart diseases. *Cardiol Young.* [Internet]. 2011;21(6):670–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s1047951111000576>
41. Sánchez-Herrera B. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Aquichan* [Internet]. 2009;9(1):8–22. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/164>
42. Wotherspoon JM, Eagleson KJ, Gilmore L, Auld B, Hirst A, Johnson S, et ál. Neurodevelopmental and health-related quality-of-life outcomes in adolescence after surgery for congenital heart disease in infancy. *Dev Med Child Neurol.* [Internet]. 2020;62(2):214–20. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/dmcn.14251>
43. Apers S, Luyckx K, Goossens E, Rassart J, Budts W, Moons P. Sense of coherence in young people with congenital heart disease. *J Dev Behav Pediatr.* [Internet]. 2015;36(4):267–76. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/dbp.0000000000000147>

44. Luyckx K, Goossens E, Van Damme C, Moons P. Identity formation in adolescents with congenital cardiac disease: A forgotten issue in the transition to adulthood. *Cardiol Young*. [Internet]. 2011;21(4):411–20. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s104795111000187>
45. Reiner B, Oberhoffer R, Ewert P, Müller J. Quality of life in young people with congenital heart disease is better than expected. *Arch Dis Child*. [Internet]. 2019;104(2):124–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2017-314211>
46. Majnemer A, Rohlicek C, Dahan-Oliel N, Sahakian S, Mazer B, Maltais DB, et ál. Participation in leisure activities in adolescents with congenital heart defects. *Dev Med Child Neurol*. [Internet]. 2020;62(8):946–53. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/dmnc.14422>
47. Rassart J, Luyckx K, Goossens E, Apers S, Klimstra TA, Moons P. Personality traits, quality of life and perceived health in adolescents with congenital heart disease. *Psychol Health*. [Internet]. 2013;28(3):319–35. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.729836>
48. Chiang YT, Chen CW, Chen YC. From limitation to mastery: Exercise experience for adolescents with mild congenital heart disease. *J Cardiovasc Nurs*. [Internet]. 2011;20(15–16):2266–76. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03723.x>
49. Ernst MM, Marino BS, Cassidy A, Piazza-Waggoner C, Franklin RC, Brown K, et ál. Biopsychosocial predictors of quality of life outcomes in pediatric congenital heart disease. *Pediatr Cardiol*. [Internet]. 2018;39(1):79–88. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00246-017-1730-6>
50. Heusch A, Calaminus G, Kahl J, Schmidt K. Health related quality of life after corrective surgery for congenital heart disease. *Klin Padiatr*. [Internet]. 2014;226(5):281–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0034-1382019>
51. Mussatto KA, Sawin KJ, Schiffman R, Leske J, Simpson P, Marino BS. The importance of self-perceptions to psychosocial adjustment in adolescents with heart disease. *J Pediatr Health Care*. [Internet]. 2014;28(3):251–61. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.05.006>
52. Zahmacioglu O, Yildiz CE, Koca B, Ugurlucan M, Gokalp S, Cetin G, et ál. Coming from behind to win – A qualitative research about psychological conditions of adolescents who have undergone open-heart surgery for single ventricle between the ages 0–5. *J Cardiothorac Surg*. [Internet]. 2011;6(1):1–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1749-8090-6-155>
53. Lee S, Kim S, Young-Choi J. Coping and resilience of adolescents with congenital heart disease. *J Cardiovasc Nurs*. [Internet]. 2014;29(4):340–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jcn.0b013e3182865367>
54. Asif IM, Price D, Fisher LA, Zakrajsek RA, Larsen LK, Raabe JJ, et ál. Stages of psychological impact after diagnosis with serious or potentially lethal cardiac disease in young competitive athletes: A new model. *J Electrocardiol*. [Internet]. 2015;48(3):298–310. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jelectrocard.2014.12.018>
55. Monti JD, Jackson JL, Vannatta K. Adolescents and young adults living with congenital heart disease: Coping, stress reactivity, and emotional functioning. *J Clin Psychol Med Settings*. [Internet]. 2018;25(4):441–51. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9554-y>
56. Berghammer MC, Brink E, Rydberg AM, Dellborg M, Ekman I. Committed to life: Adolescents' and young adults' experiences of living with Fontan circulation. *Congenit Heart Dis*. [Internet]. 2015;10(5):403–12. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/chd.12244>
57. Moola FJ, Norman ME. “Down the rabbit hole”: Enhancing the transition process for youth with cystic fibrosis and congenital heart disease by re-imagining the future and time. *Child Care Health Dev*. [Internet]. 2011;37(6):841–51. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01317.x>
58. Overgaard D, King C, Christensen RF, Schrader AM, Adamsen L. Living with half a heart – experiences of young adults with single ventricle physiology: A qualitative study. *J Cardiovasc Nurs*. [Internet]. 2013;28(2):187–96. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jcn.0b013e3182498677>
59. Apers S, Rassart J, Luyckx K, Oris L, Goossens E, Budts W, et ál. Bringing Antonovsky's salutogenic theory to life: A qualitative inquiry into the experiences of young people with congenital heart disease. *Int J Qual Stud Health Well-being*. [Internet]. 2016;11:1–12. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.3402%2Fqhw.v11.29346>

60. Krishnamurthy V, Randall CF, Chinnock R. Psychosocial implications during adolescence for infant heart transplant recipients. *Curr Cardiol Rev.* [Internet]. 2011;7(2):123–34. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.2174%2F157340311797484277>
61. Larimer K, Durmus J, Florez E. Experiences of young adults with pacemakers and/or implantable cardioverter defibrillators. *J Cardiovasc Nurs.* [Internet]. 2016;31(6):517–22. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000280>
62. Lee S, Kim SS. The life experiences of Korean children and adolescents with complex congenital heart disease: A qualitative study. *Nurs Health Sci.* [Internet]. 2012;14(3):398–404. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00709.x>
63. Petruik C, Mack C, Conway J, Buchholz H, van Manen M. Talking with caregivers of children living in the community with ventricular assist devices. *Pediatr Transplant.* [Internet]. 2017;21(7):1–10. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/petr.13049>
64. Amakali K, Small LF. The plight of parents/caregivers of children with heart disease in the rural areas of Namibia: a problem of coping. *Glob J Health Sci.* [Internet]. 2013;5(2):62–73. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5539%2Fgjhs.v5n2p62>
65. Ahn JA, Lee S, Choi JY. Comparison of coping strategy and disease knowledge in dyads of parents and their adolescent with congenital heart disease. *J Cardiovasc Nurs.* [Internet]. 2014;29(6):508–16. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000090>
66. Pyngottu A, Werner H, Lehmann P, Balmer C. Health-Related quality of life and psychological adjustment of children and adolescents with pacemakers and implantable cardioverter defibrillators: A systematic review. *Pediatr Cardiol.* [Internet]. 2019;40(1):01–16. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00246-018-2038-x>
67. Vanhalst J, Rassart J, Luyckx K, Goossens E, Apers S, Goossens L, et ál. Trajectories of loneliness in adolescents with congenital heart disease: Associations with depressive symptoms and perceived health. *J Adolesc Health.* [Internet]. 2013;53(3):342–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.027>
68. Zeigler VL, Decker-Walters B. Determining psychosocial research priorities for adolescents with implantable cardioverter defibrillators using Delphi methodology. *J Cardiovasc Nurs.* [Internet]. 2010;25(5):398–404. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jcn.0b013e3181d817b0>
69. PatelBJ, LaiL, GoldfieldG, SananesR, LongmuirPE. Psychosocial health and quality of life among children with cardiac diagnoses: Agreement and discrepancies between parent and child reports. *Cardiol Young.* [Internet]. 2017;27(4):713–21. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/s1047951116001141>
70. Tesson S, Butow PN, Sholler GF, Sharpe L, Kovacs AH, Kasparian NA. Psychological interventions for people affected by childhood-onset heart disease: A systematic review. *Health Psychol.* [Internet]. 2019;38(2):151–61. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/hea0000704>
71. Roy C, Andrews HA. Roy adaptation model. 3rd ed. Pearson; 2009 [citado 2020 sept. 1]. Disponible en: <https://www.textbooks.com/Roy-Adaptation-Model-3rd-Edition/9780130384973/Callista-Roy.php>
72. Hernández-Altamirano SV, Gutiérrez-Lara M. Estilos de afrontamiento ante eventos estresantes en la infancia. *Psychological Research Records* [Internet]. 2012;2(2):687–9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322012000200007
73. Macías MA, Madariaga-Orozco C, Valle-Amarís M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicol. Caribe.* [Internet]. 2013;30(1):23. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf>