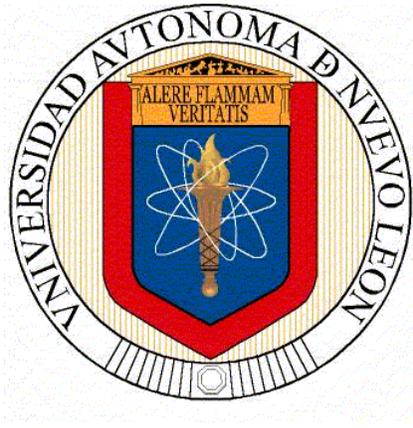


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS**

**PREDICTORES DEL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN PADRES DE  
PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS**

**PRESENTADA POR  
ALMA LETICIA DE LA GARZA SAMANIEGO**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN  
EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**

**DICIEMBRE 2024**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**



**PREDICTORES DEL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN PADRES DE  
PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA  
EN CIENCIAS**

**PRESENTA**

**ALMA LETICIA DE LA GARZA SAMANIEGO**

**DIRECTOR(A) DE TESIS:**

**DRA. LUCÍA DEL CARMEN QUEZADA BERUMEN**

**MONTERREY, N. L., MÉXICO, DICIEMBRE DE 2024**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGIA DE LA SALUD**

La tesis titulada “PREDICTORES DEL CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO EN PADRES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS” que presenta Alma Leticia De la Garza Samaniego ha sido aprobada por el Comité de Tesis.

---

Dra. Lucía Del Carmen Quezada Berumen  
Director/a de Tesis

---

Dr. José Moral de la Rubia  
Revisor/a de Tesis

---

Dr. Marcos Arnoldo Tellez Ramos  
Revisor/a de Tesis

Monterrey, Nuevo León, México, diciembre 2024

## RESUMEN

El diagnóstico de una cardiopatía congénita suele ser una situación compleja para los pacientes y sus padres, provocando una experiencia traumática, por lo que el objetivo del presente trabajo es identificar los predictores del crecimiento postraumático a través de las estrategias de afrontamiento al estrés, los síntomas de estrés postraumático y el apoyo social en padres de pacientes pediátricos con algún diagnóstico de cardiopatía congénita. El estudio fue no experimental y transversal. La muestra fue recabada por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, y se conformó por 132 padres. Para la evaluación se utilizó el Inventario de Crecimiento Postraumático, la Escala del Impacto del evento, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés. Los resultados mostraron que los padres presentan un CPT moderado explicado por medio de dos vías, la principal de forma directa a través del apoyo social percibido de los amigos y a su vez con la Reevaluación positiva como mediadora, y la segunda, por la interacción de la Expresión Emocional Abierta y la Evitación, teniendo como variable mediadora la Reevaluación Positiva. En conclusión, en los padres de pacientes pediátricos con CC el expresar abiertamente sus emociones y recurrir a estrategias de evitación, además de sentirse apoyados por amigos, contribuye a que logren reevaluar positivamente la situación, y por tanto los lleva a crecer positivamente.

*Palabras clave: Crecimiento Postraumático, Estrés Postraumático, Apoyo Social, Afrontamiento, Cardiopatía Congénita*

## ABSTRACT

The diagnosis of congenital heart disease is often a complex situation for patients and their parents, causing a traumatic experience. Therefore, the objective of this study is to identify predictors of post-traumatic growth through stress coping strategies, post-traumatic stress symptoms and social support in parents of pediatric patients with a diagnosis of congenital heart disease. The study was non-experimental and cross-sectional. The sample was collected through non-probabilistic convenience sampling and consisted of 132 parents. For the evaluation, the Post-Traumatic Growth Inventory, the Impact of the Event Scale, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and the Stress Coping Questionnaire were used. The results showed that parents present a moderate PTG explained by two pathways, the main one directly through the perceived social support from friends and in turn with Positive Reappraisal as a mediator, and the second, by the interaction of Open Emotional Expression and Avoidance, having Positive Reappraisal as a mediator variable. In conclusion, in parents of pediatric patients with CC, openly expressing their emotions and resorting to avoidance strategies, in addition to feeling supported by friends, contributes to them achieving a positive reappraisal of the situation, and therefore leads them to positive growth.

*Key words: Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress, Social Support, Coping, Congenital Heart Disease*

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1 Antecedentes.....	12
1.2 Definición del Problema .....	15
1.3 Justificación de la Investigación .....	16
1.4 Objetivos.....	16
1.4.1 Objetivo General.....	16
1.4.2 Objetivos Específicos .....	17
1.5 Hipótesis o Preguntas de Investigación .....	17
1.6 Limitaciones y Delimitaciones.....	18
2. MARCO TEÓRICO .....	19
2.1 Cardiopatías Congénitas.....	19
2.1.1 Diagnóstico y Clasificación .....	20
2.2 Trastorno de Estrés Postraumático .....	25
2.2.1 Enfoque teórico.....	26
2.2.1.2 Evaluación del trauma y/o sus secuelas .....	27
Evaluación del evento traumático.....	27
Evaluaciones de las secuelas del trauma .....	28
Evaluaciones y respuestas emocionales .....	28
2.2.1.3 Memoria del evento traumático.....	28
Elaboración deficiente e incorporación inadecuada a la base de la memoria autobiográfica.....	30
Asociaciones E-E y E-R fuertes .....	31
Preparación perceptiva fuerte .....	31
2.2.1.4 Relación entre la naturaleza de la memoria del trauma y las evaluaciones del	

trauma .....	32
2.2.1.5 Estrategias conductuales desadaptativas y estilos de procesamiento cognitivo .....	32
2.2.1.6 Procesamiento cognitivo durante el trauma .....	33
Influencias en la evaluación.....	34
Influencias en la memoria.....	34
2.2.1.7 Características del trauma, experiencias previas y creencias, estado actual .....	34
2.2.2 Estrés Postraumático en padres.....	36
2.3 Crecimiento Postraumático.....	38
2.3.1 Enfoque teórico.....	39
2.3.4 Crecimiento Postraumático en padres.....	41
2.4 Afrontamiento .....	43
2.4.1 Enfoque teórico.....	44
2.4.2 Afrontamiento en padres.....	46
2.4.3 Afrontamiento y estrés postraumático .....	47
2.5 Apoyo Social.....	47
2.5.1 Enfoque teórico.....	48
2.5.2 Apoyo social y Trauma.....	50
3. MÉTODO.....	52
3.1 Diseño.....	52
3.2 Participantes.....	53
3.3 Instrumentos.....	54
3.3.1 Afrontamiento .....	54
3.3.2 Crecimiento Postraumático .....	54
3.3.3 Sintomatología de Estrés Postraumático .....	55

3.3.4 Apoyo Social.....	55
3.4 Procedimiento.....	56
3.4.1 Recolección de datos.....	56
3.4.2 Análisis de datos.....	57
4. RESULTADOS.....	59
4.1 Identificar el crecimiento postraumático, los síntomas de estrés postraumático, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido.....	59
4.2 Evaluar la relación entre el crecimiento postraumático, los síntomas de estrés postraumático, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido.....	59
4.3 Estimar el modelo estructural más parsimonioso y de mejor ajuste para explicar el crecimiento postraumático en padres de pacientes pediátricos con algún diagnóstico de cardiopatía congénita.....	60
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	76
5.1 Recomendaciones para Futuros Estudios.....	82
5.2 Implicaciones del Modelo.....	84
5.3 Conclusiones.....	85
6. REFERENCIAS.....	86
7. ANEXOS.....	107
Anexo 1.....	107

## Índice de Tablas y Figuras

### Tablas

Tabla 1.	Matriz de Correlaciones	61
Tabla 2.	Evaluación de la normalidad del modelo hipotético	63
Tabla 3.	Pesos estructurales y su significación por máxima verosimilitud del modelo hipotético	64
Tabla 4.	Pesos estructurales estandarizados y sus intervalos de confianza al 90% por el método de Percentil Corregido de Sesgo y Acelerado (BCa) del modelo hipotético	65
Tabla 5.	Varianzas de las variables exógena y de los residuos estructurales y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo hipotético	65
Tabla 6.	Proporciones de varianza explicada y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo hipotético	67
Tabla 7.	Evaluación de la normalidad del Modelo 2	68
Tabla 8.	Pesos sin estandarizar y significación por máxima verosimilitud del Modelo 2	69
Tabla 9.	Pesos estandarizados y sus intervalos de confianza al 90%	69

por BCa del Modelo 2

Tabla 10.	Correlaciones y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del Modelo 2	69
Tabla 11.	Varianza de las variables exógenas y de los residuos estructurales y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del Modelo 2	70
Tabla 12.	Proporciones de varianza explicada y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo 2	70
Tabla 13.	Pesos estructurales sin estandarizar y su significación por máxima verosimilitud del Modelo 3	71
Tabla 14.	Pesos estructurales estandarizados y sus intervalos de confianza al 90% del Modelo 3	72
Tabla 15.	Correlaciones y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del Modelo	72
Tabla 16.	Varianzas de las variables exógenas y de los residuos estructurales y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del Modelo 3	72
Tabla 17.	Proporción de varianza de explicada y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del Modelo 3	73

Tabla 18.	Pesos estructurales no estandarizados y su significación por máxima verosimilitud del modelo final	74
Tabla 19.	Pesos estructurales estandarizados y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo final	75
Tabla 20.	Correlaciones y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo final	75
Tabla 21.	Varianzas de las variables exógenas y de los residuos estructurales y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo final	75
Tabla 22.	Proporciones de varianza explicada y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo final	76
Tabla 23.	Índices de ajuste para los modelos estimados	76
<b>Figuras</b>		
Figura 1.	Modelo cognitivo de Ehlers y Clark del TEPT	36
Figura 2.	Modelo integral del crecimiento postraumático	41
Figura 3.	Dos puntos en los que el apoyo social puede interferir con el vínculo causal hipotético entre eventos estresantes y enfermedad.	50

Figura 4.	Modelo hipotético para explicar el CPT en padres de niños con CC	63
Figura 5.	Modelo 2 para explicar el CPT en padres de niños con CC	68
Figura 6.	Modelo 3 para explicar el CPT en padres de niños con CC	71
Figura 7.	Modelo Final para explicar el CPT en padres de niños con CC	74

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Antecedentes

Las Cardiopatías Congénitas (CC) son consideradas una de las principales muertes en la población infantil (Zimmerman et al., 2020). Se ha encontrado un aumento constante en la prevalencia de nacimientos con CC a nivel mundial (Liu et al., 2019). En México, la Secretaria de Salud (2022), reportó que las CC son el padecimiento congénito principal, encontrando que entre doce y dieciséis mil niños nacen cada año con este padecimiento.

Pinquart (2019) encontró que los padres de niños con epilepsia, diabetes, enfermedad de células falciformes, enfermedad cardíaca y cáncer presentan altos niveles en síntomas de estrés postraumático (EPT). Para los padres de niños con CC, su vida se ve impactada desde el momento del diagnóstico, siendo una etapa caracterizada por el miedo, la angustia, la impotencia y la incertidumbre, incluso algunos padres pueden presentar un estado de crisis (Domínguez-Reyes & Torres-Rodríguez, 2021; Nayeri et al., 2021). En general, los padres suelen presentar niveles altos de estrés parental, preocupación constante, alerta permanente a identificar cualquier síntoma, falta de sueño, desajustes psicológicos en altos niveles y limitaciones en el hijo con CC y en la dinámica familiar (Bishop et al., 2019; Domínguez-Reyes & Torres-Rodríguez, 2021).

El afrontamiento se comprende como pensamientos y conductas que se ponen en práctica en situaciones estresantes con el objetivo de controlar las necesidades internas y externas (Folkman et al., 1986, como se citó en Stephenson

& DeLongis, 2020). Demianczyk et al. (2022), identificaron que los padres, en respuesta a los diversos factores estresantes de la CC, utilizan diversas estrategias de afrontamiento, las cuales algunas son desadaptativas. De acuerdo con Roberts (2021), los padres que contaban con estrategias de afrontamiento de aceptación eran más propensos a contar con niveles de ansiedad y estrés más bajos. Sin embargo, dentro del mismo estudio no se encontró que la estrategia de afrontamiento evitativo de los padres tenga relación con la ansiedad, la depresión o el estrés.

El afrontamiento positivo, en conjunto con el estatus social y el apoyo, se considera un factor de protección para EPT o el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Carmassi et al., 2021). Además, se ha encontrado que ser padre de un niño con una enfermedad crónica es probable que tenga como principal consecuencia el TEPT (Carmassi et al., 2019). En relación con CC, los padres de niños con dicho padecimiento, según Mc Whorter et al. (2022), reportan sintomatología de EPT clínicamente significativos, siendo las madres las que presentan mayor cantidad de síntomas.

Sin embargo, la experiencia de una crisis complicada también puede traer como consecuencia la obtención de cambios positivos. Tedeschi y Calhoun (2004), definen el crecimiento postraumático (CPT) como la obtención de un cambio positivo consecuente de la experiencia de una crisis complicada. Los cambios positivos pueden suceder en las siguientes tres áreas de la vida: en uno mismo, nuestras relaciones interpersonales y en la espiritualidad o en la filosofía de vida (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Se considera que el CPT es promovido por diversos factores dentro de los que se encuentran las estrategias de afrontamiento positivas, compartir emociones negativas,

procesamiento cognitivo, experimentar múltiples fuentes de trauma, centralidad de eventos, rasgos de personalidad, resiliencia y acciones de crecimiento. Además, existen factores que pueden ser mediadores, como la espiritualidad, la búsqueda de apoyo social, el optimismo y el sentido de pertenencia (Henson et al., 2021). De igual manera, se encontró que en pacientes con esclerosis múltiple y sus cuidadores el tener estrategias de afrontamiento activo tiene relación con un mayor CPT en comparación con la utilización de estrategias de afrontamiento pasivas (Gil-González et al., 2022).

En un estudio realizado con padres de niños con enfermedades críticas se encontró que un aumento en los síntomas de EPT y una mayor duración de hospitalización del niño está relacionado con un aumento en el CPT y una disminución del CPT se relacionó con el aumento de sintomatología depresiva (Yagiela et al., 2022). Por otro lado, Aftyka et al. (2020), reportaron que existen diferencias en el CPT entre padres y madres en pacientes neonatales dentro de la unidad de cuidados intensivos. Las madres presentan la búsqueda de apoyo emocional, el afrontamiento religioso y la planificación, como predictores de CPT. En cambio, los padres presentan como predictores de CPT el uso de estrategias dirigidas a la búsqueda de apoyo emocional y reevaluación positiva.

El apoyo social hace referencia a la disponibilidad de recursos, tanto físico como psicológicos, brindados por las relaciones interpersonales que tiene un individuo (Rodríguez & Cohen, 1998). Se ha encontrado que el apoyo social cumple como predictor del CPT (Ebrahim & Alothman, 2021), principalmente en

las dimensiones de relaciones interpersonales, fortaleza personal y nuevas posibilidades (Nouzari et al., 2019).

## **1.2 Definición del Problema**

Los niños nacidos con diagnóstico de una CC tienen 18 veces más riesgo de mortalidad, en comparación con niños sin CC, siendo los primeros 4 años de vida el periodo con un riesgo de mortalidad mayor (Mandalenakis et al., 2020). El 75% de los adultos con CC que sobrevivieron 18 años pueden llegar a convertirse en sexagenarios (Delborg et al., 2023), tomando en cuenta que más del 97% de los nacidos con CC, de acuerdo con Mandalenakis et al. (2020), tienen probabilidad de llegar a la edad adulta con necesidad de llevar tratamiento de por vida, convirtiendo así a sus padres o tutores en cuidadores de un niño con una enfermedad crónica.

El cuidado de niños con una enfermedad crónica tiene consecuencias negativas en la salud mental de sus padres en comparación del cuidado de niños sanos (Cohn et al., 2020). En padres de pacientes con CC, manejar la situación de sus hijos se considera un factor altamente estresante en sus propias vidas, debido a que se ven obligados a enfrentar diversas intervenciones médicas, hospitalizaciones constantes y pronósticos inciertos sobre la vida de sus hijos (Biber et al., 2019).

Carmassi et al. (2021), señalan que la eficacia de los cuidadores se puede ver afectada por la presencia de indicadores de EPT, afectando así de forma negativa el bienestar propio y de sus hijos. Asimismo, se encontró que la sobreprotección caracteriza el afrontamiento de los padres de hijos con cardiopatías congénitas (Domínguez-Reyes & Torres-Rodríguez, 2021).

### **1.3 Justificación de la Investigación**

De acuerdo con Biber (2019), las investigaciones realizadas en padres de niños con alguna enfermedad grave se enfocan principalmente en la carga psicológica de padres de niños con cáncer, sin embargo, son pocos los estudios que se centran en el impacto de las enfermedades cardíacas pediátricas en la salud mental y bienestar de los padres. De igual manera, se han encontrado pocos estudios en México sobre el impacto en los padres de niños con CC y CPT.

Los padres de niños con CC son muy vulnerables a sufrir altos niveles de estrés psicológico y social en diferentes momentos de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta la infancia, generando tensión en el ambiente familiar (Lumsden et al., 2019). Por lo que, de acuerdo con Aftyka et al. (2020), es importante identificar los predictores de CPT ante situaciones traumáticas, como los eventos traumáticos asociados con la enfermedad y la hospitalización de un niño, ya que favorecería la creación de programas, dirigidos a los padres, que brinden ayuda psicológica y psicoterapéutica enfocada en el apoyo emocional y en la búsqueda de la reinterpretación positiva de los eventos.

### **1.4 Objetivos**

#### ***1.4.1 Objetivo General***

Identificar los predictores del crecimiento postraumático a través de las estrategias de afrontamiento al estrés, los síntomas de estrés postraumático y el apoyo social en padres de pacientes pediátricos con algún diagnóstico de cardiopatía congénita.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el crecimiento postraumático, los síntomas de estrés postraumático, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido.
- Evaluar la relación entre el crecimiento postraumático, los síntomas de estrés postraumático, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido.
- Estimar el modelo estructural más parsimonioso y de mejor ajuste para explicar el crecimiento postraumático en padres de pacientes pediátricos con algún diagnóstico de cardiopatía congénita.

### **1.5 Hipótesis o Preguntas de Investigación**

En base a la literatura revisada, podemos concluir las siguientes hipótesis:

1. Los padres de pacientes pediátricos con CC presentarán un nivel alto de CPT, síntomas de EPT alto y altos niveles de las estrategias de afrontamiento negativo.
2. El CPT tiene una correlación positiva con la sintomatología de EPT, con la presencia de apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento al estrés positivas. Las estrategias de afrontamiento al estrés negativa se relacionarán de manera negativa con el crecimiento postraumático.
3. Se identificaron como predictores de CPT en padres de pacientes pediátrico con CC las estrategias de afrontamiento positivo y bajos niveles de EPT. El apoyo social percibido se identificó como variable mediadora del CPT.

## **1.6 Limitaciones y Delimitaciones**

El presente trabajo ha presentado algunas limitaciones como la cantidad de muestra captada, ya que, a pesar de recibir múltiples respuestas, no todos los participantes cumplían con los criterios de inclusión. Además, la gran parte de los padres o tutores captados fueron constituidos por madres de familia, teniendo un muy bajo porcentaje de la figura paterna.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Cardiopatías Congénitas

Las Cardiopatías Congénitas (CC) se pueden definir como una anomalía estructural macroscópica en el corazón o los vasos intratorácicos que tiene importancia funcional (Mitchell et al., 1971). De acuerdo con el Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre, NHLNI por sus siglas en inglés, existen muchos tipos de CC, los más comunes afectan las paredes internas del corazón, las válvulas del corazón o los grandes vasos sanguíneos (NHLBI, 2022).

Se considera que la causa de las CC es multifactorial, debido a que la mayor parte se relaciona a una interacción entre factores genéticos y ambientales. Se ha detectado que aproximadamente el 12% de los pacientes tienen alguna anomalía cromosómica, de los cuáles el 33% de ellos tienen un defecto cardíaco. Además, el 30% de los defectos cardíacos se presentan junto a otras malformaciones mayores. Se estima que los agentes ambientales son responsables del 2% de las malformaciones cardíacas. (Sadler, 2019).

Actualmente, gracias al desarrollo del cuidado de la salud pediátrica, los niños con CC tienen un porcentaje de sobrevivencia mayor del 97% (Mandalenakis et al., 2020). De igual manera, Wu et al. (2020), reportan una disminución generalizada de la mortalidad en pacientes con CC de todo el mundo, independientemente del sexo, edad y la región.

### **2.1.1 Diagnóstico y Clasificación**

La presencia de una CC se caracteriza por dificultad para respirar, capacidad limitada para hacer ejercicio, fatiga y, dentro de un chequeo médico, latidos anormales del corazón. Los métodos que se utilizan para el diagnóstico incluyen ecocardiogramas, ecocardiograma transesofágico, electrocardiograma, radiografía de tórax, cateterismo cardíaco y resonancia magnética (Sun et al., 2015).

Existen distintas clasificaciones, Micheletti (2019) agrupa a las malformaciones cardíacas congénitas de acuerdo con su anatomía y fisiopatología, por lo que propone las siguientes categorías: Enfermedad coronaria con cortocircuito entre la circulación sistémica y pulmonar, Enfermedad coronaria del corazón izquierdo, Enfermedad coronaria del corazón derecho, Enfermedad coronaria con origen anómalo de grandes arterias y Miscelánea.

Sin embargo, Saxena et al. (2019), clasifican las CC más comunes, mencionando la comunicación interauricular, el defecto del septal ventricular aislado, defecto del septal atrioventricular, conducto arterioso patente, ventana aortopulmonar, coartación de aorta, estenosis aórtica, estenosis pulmonar, tetralogía de Fallot, defecto del septal ventricular con atresia pulmonar, transposición de grandes arterias, ventrículo derecho de doble salida, transposición congénita de grandes arterias corregida, corazones univentriculares (ventrículos únicos), tronco arterioso persistente, conexión venosa pulmonar anómala total, anomalía de Ebstein de la válvula tricúspide, regurgitación mitral y aórtica.

La comunicación interauricular se considera la segunda CC más común, suele ser diagnosticada incidentalmente en la infancia por causa de un soplo, suele tener un

excelente pronóstico si se recibe una intervención temprana durante la infancia (Saxena et al., 2019). Micheletti (2019), la describen como una comunicación entre las cámaras auriculares que permite la derivación de izquierda a derecha.

Saxena et al. (2019), describen el defecto del septal ventricular aislado como la CC más común, teniendo manifestaciones clínicas que dependen de la magnitud del tamaño del defecto congénito y de las resistencias vasculares pulmonares y sistémicas. La presente CC se caracteriza por ser una comunicación entre los dos ventrículos, de acuerdo con Micheletti (2019), siendo posible el diagnóstico por el soplo pansistólico clásico, un indicativo de una presión pulmonar normal y la radiografía de tórax.

El defecto del septal atrioventricular puede presentarse de forma parcial o completa, siendo común la presencia de este tipo de lesiones en conjunto con el síndrome de Down (Saxena et al., 2019). Son un conjunto de malformaciones cardíacas que se caracterizan por el desarrollo anormal de la unión auriculoventricular que normalmente deriva del tejido del cojín endocárdico (Micheletti, 2019).

El conducto arterioso patente es descrito por Micheletti (2019), como una estructura vascular que conecta la aorta descendente con el techo del tronco de la arteria pulmonar cerca del origen de la arteria pulmonar izquierda. El conducto permeable puede aumentar su frecuencia al disminuir la edad gestacional y el peso al momento del nacimiento (Saxena et al., 2019).

La ventana aortopulmonar, de acuerdo con Micheletti (2019), es un defecto congénito amplio entre la aorta ascendente y la arteria pulmonar principal consecuente de la falla del tabique espiral para dividir completamente el tronco arterioso embrionario.

Sus manifestaciones clínicas que se observan dependen del diámetro de la lesión, las resistencias vasculares sistémicas y pulmonares relativas y las lesiones asociadas (Saxena et al., 2019).

Al hablar de la coartación de aorta, se puede resaltar que suele acompañarse de hipoplasia asociada del arco aórtico, además en los niños mayores y los adultos se observa hipertensión arterial en las extremidades superiores (Saxena et al., 2019). Forma parte de una arteriopatía generalizada, la cual funciona como una estenosis discreta que se presenta con mayor frecuencia en la región periductual o como un segmento hipoplásico largo (Micheletti, 2019).

La estenosis aórtica, se presenta principalmente en hombres que, en mujeres, y puede deberse a una obstrucción debajo o por encima de la válvula aórtica, pero se debe con mayor frecuencia a la estenosis de la válvula (Saxena et al., 2019). Micheletti (2019), menciona que se puede clasificar en valvular, subvalvular o supravalvular. La estenosis pulmonar se presenta en el 8 al 12% de los casos de CC (Micheletti, 2019). Se suele presentar en conjunto con el síndrome de Noonan, Holt-Oram o Leopard (Saxena et al., 2019).

La tetralogía de Fallot es la CC cianótica más observada en niños después de la infancia, siendo el 10% de los diagnósticos en CC (Micheletti, 2019), implicando las siguientes clasificaciones: defecto septal ventricular mal alineada grande, desplazamiento anterior de la aorta sobre el defecto septal ventricular, obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho e hipertrofia del ventrículo derecho. De acuerdo con Saxena et al. (2019), la forma más grave de tetralogía de Fallot es el defecto del

septal ventricular con atresia pulmonar, el cual, suele presentarse durante el período neonatal con cianosis por cortocircuito de derecha a izquierda a nivel ventricular.

Transposición de grandes arterias es consecuencia de una falla en la rotación en espiral normal de la cresta troncal y del infundíbulo durante la vida fetal, lo que resulta en una conexión ventrículo-arterial discordante (Micheletti, 2019). Por otro lado, el ventrículo derecho de doble salida es una CC en la cual las dos grandes arterias están conectadas completa o principalmente al ventrículo derecho (Saxena et al., 2019).

De acuerdo con Saxena et al. (2019), la transposición congénita de grandes arterias corregida es caracterizado por ser un defecto congénito cardíaco por discordancia auricoventricular y ventriculoarterial, provocando así, una circulación fisiológica corregida, debido a la distribución adecuada de la sangre en las grandes arterias. Se presenta clínicamente de acuerdo con la anatomía subyacente, si el diagnóstico no se asocia con otros defectos, los pacientes suelen ser asintomáticos, pero se puede detectar cianosis en grados variables en caso de la presencia de defecto septal ventricular y estenosis pulmonar (Micheletti, 2019).

La presencia de un ventrículo en lugar de dos es la CC que corresponde a los corazones univentriculares o, también llamados, ventrículos únicos (Saxena et al., 2019). Las manifestaciones clínicas, según explica Micheletti (2019), pueden variar mucho, de acuerdo a la anatomía de la CC, ya que los recién nacidos que tiene una circulación bien equilibrada pueden presentar una cianosis leve y tener un desarrollo normal, sin signos de insuficiencia cardíaca congestiva; en cambio si uno de los tractos de salida está

significativamente obstruido en los recién nacidos, se necesita de atención de urgencia debido a que presentan grados variables de cianosis y flujo sanguíneo pulmonar bajo.

El tronco arterioso persistente es caracterizado por un único vaso arterial, que surge de la base del corazón y da origen a las arterias coronaria, pulmonar y sistémica (Saxena et al., 2019). Siendo una CC a consecuencia de una tabicación embriológica anormal de la arteria se suele asociar a otras enfermedades coronarias como el drenaje venoso pulmonar anómalo parcial o total, interrupción de arco aórtico tipo B o la coartación de la aorta (Micheletti, 2019).

Conexión venosa pulmonar anómala total se considera una enfermedad cianótica con muy baja prevalencia representando solo el 1% de todas las enfermedades coronarias, su aparición suele ser esporádica y puede ser vinculada a ambas formas de heterotaxia (Micheletti, 2019).

Saxena et al. (2019), definen la anomalía de Ebstein de la válvula tricúspide como un defecto en la delaminación de las valvas tricúspide del miocardio, siendo principalmente afectadas la valva septal y posterior. Micheletti (2019), explica que embriológicamente la presente CC surge en el miocardio a partir de un proceso nombrado como delaminación que aparece apicalmente y continúa hasta la unión auriculoventricular.

Siendo principalmente secundarias a una cardiopatía reumática aguda o crónica, la regurgitación mitral y aórtica se caracterizan por la disnea presentándose tardíamente en el avance de la cronicidad en la CC (Saxena et al., 2019). Es considerada la prevalencia de regurgitación mitral, en conjunto con la dilatación aórtica, como

característica del síndrome de Marfan, debido a que es un trastorno hereditario autosómico dominante del tejido conectivo presentado diferencias histológicas y morfológicas en la estructura de la fibrilina (Micheletti, 2019).

## **2.2 Trastorno de Estrés Postraumático**

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), de acuerdo con Gersons y Carlier (1992), ha sido identificado a lo largo de la historia como consecuencia de las guerras bajo diferentes nombres, cómo neurosis de guerra, neurosis de batalla, corazón irritable de los soldados, etcétera. Sin embargo, fue reconocido por la Asociación de Psiquiatría Americana hasta 1980 al ser incluido en el DSM-III, en dónde se definía cómo (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 1980) Agregar definición de DSM III.

Una situación traumática es un evento inevitablemente estresante que abruma los mecanismos de afrontamiento existentes de las personas (Van der Kolk, 2002). Por lo tanto, como se es mencionado en el DSM-5 (2014), la exposición a situaciones traumáticas en una o más ocasiones puede provocar el desarrollo de síntomas relacionados con el TEPT variando de persona a persona.

Existe un mayor riesgo de desarrollar TEPT en mujeres que en hombres. Además, la edad también es una variable importante, ya que se ha encontrado que a mayor edad más probabilidad de desarrollar el trastorno (Adhikari Baral & KC, 2019). De acuerdo con Van der Kolk (2000), los tres elementos que caracterizan el diagnóstico de TEPT son:

- Revivir repetidamente los recuerdos de la experiencia traumática.

- Evitar los recuerdos del trauma, de igual manera, el desapego, el entumecimiento y el embotamiento emocionales, van acompañados regularmente con recuerdos intrusivos.
- Un patrón de hipersensibilidad.

### **2.2.1 Enfoque teórico**

El Modelo Cognitivo de Estrés Posttraumático, de Ehlers y Clark (2000), explica el TEPT como un trastorno que ocurre por la persistencia de un recuerdo de un evento sucedido que ha ocurrido, el cuál fue procesado por la persona como un evento traumático provocando en la persona la percepción de amenaza constante. Dentro del modelo se proponen dos procesos clave que llevan a la percepción de amenaza, los cuáles son las diferencias individuales en la evaluación del trauma y sus consecuencias; las diferencias individuales en el recuerdo del evento y como se relaciona con su memoria autobiográfica.

Cuando en las personas que atravesaron una situación traumática se activa la sensación de amenaza actual, comúnmente es acompañada por intrusiones y otros síntomas de reexperimentación, de excitación, ansiedad y otras respuestas emocionales. De igual manera, de acuerdo con modelo, la amenaza percibida tiende a provocar respuestas cognitivas y conductuales como intento para reducir la amenaza percibida y la angustia a corto plazo, sin embargo, también impide un cambio cognitivo, manteniendo el trastorno (Ehlers & Clark, 2000).

### **2.2.1.2 Evaluación del trauma y/o sus secuelas**

Las personas con TEPT persistente son incapaces de ver el trauma como un evento limitado en el tiempo que no tiene implicaciones negativas globales para su futuro. Se caracterizan por evaluaciones negativas idiosincrásicas del evento traumático y/o sus secuelas que tienen el efecto común de crear una sensación de amenaza grave y actual (Ehlers & Clark, 2000).

Así, se ha encontrado que vivir una situación traumática puede impactar a las personas en distintas áreas como en su cuerpo y su cerebro (Levine, 2015). Por lo que, debido al TEPT, pueden existir alteraciones neuropsicológicas en varios aspectos del funcionamiento cognitivo como el deterioro en la atención, el aprendizaje, la memoria y velocidad de procesamiento (Bisson et al., 2021; Vasterling et al., 2019).

### **Evaluación del evento traumático**

Ehlers y Clark (2000), explican que, en primer lugar, los individuos pueden sobre generalizar a partir del evento y, como consecuencia, percibir una serie de actividades normales como más peligrosas de lo que realmente son. Tales evaluaciones generan no solo miedo situacional sino también evitación, lo que mantiene el miedo sobre generalizado. Segundo, las evaluaciones de cómo uno se sintió o se comportó durante el evento pueden tener implicaciones amenazantes a largo plazo.

## **Evaluaciones de las secuelas del trauma**

Dentro del modelo se explica que las evaluaciones negativas de las secuelas del evento traumático pueden producir una sensación de amenaza actual y contribuir al TEPT persistente. Estas incluyen: interpretación de los síntomas iniciales del TEPT, interpretación de las reacciones de otras personas después del evento y evaluación de las consecuencias que el trauma tiene en otros ámbitos de la vida. Por lo que, si los individuos no ven estos síntomas como una parte normal del proceso de recuperación, pueden interpretarlos como indicaciones de que han cambiado permanentemente para peor o como indicadores de una amenaza para su bienestar físico o mental (Ehlers & Clark, 2000).

## **Evaluaciones y respuestas emocionales**

La naturaleza de las respuestas emocionales predominantes en el TEPT persistente está determinada por las evaluaciones específicas de cada individuo. La mayoría de los pacientes con TEPT persistente experimenta una amplia gama de emociones negativas. Esto se atribuye a dos factores: primero, diferentes evaluaciones se activan en distintos momentos; y segundo, el grado de convicción en estas evaluaciones fluctúa con el tiempo (Ehlers & Clark, 2000).

### ***2.2.1.3 Memoria del evento traumático***

El recuerdo intencional del evento traumático es fragmentado y desorganizado, con detalles faltantes y dificultad para recordar la secuencia temporal exacta. En

contraste, los pacientes reportan frecuentes recuerdos intrusivos involuntarios que implican revivir vívidamente aspectos emocionales del evento (Ehlers & Clark, 2000).

De acuerdo con Memel et al. (2021), las personas con TEPT, al igual que las personas que no presentan el diagnóstico de TEPT, suelen poder describir recuerdos de momentos negativos estresantes con características perceptivas, espaciotemporales y emocionales. Sin embargo, los que presentan el diagnóstico se caracterizan por incluir detalles no episódicos, información semántica y sobre eventos extensos o generales.

Petzold y Bunzeck (2022), reconocen que las alteraciones en la memoria episódica se encuentran altamente relacionadas con el TEPT. Sin embargo, hasta el momento no se tiene claro si el TEPT es un factor causal de déficits en la memoria episódica, o si la presencia de dificultades en la memoria es un factor que favorece el desarrollo del trastorno. Además, la presencia de altos niveles de síntomas de intrusión se asocia con dificultades de memoria de trabajo y de atención (Bisson et al., 2021).

Los modelos de TEPT deben explicar la aparente discrepancia entre las dificultades en el recuerdo voluntario y la fácil reexperimentación involuntaria del evento. Además, la reexperimentación involuntaria presenta características importantes las cuáles describen Ehlers y Clark (2000):

- La reexperimentación se compone principalmente de impresiones sensoriales, no de pensamientos. Estas impresiones pueden involucrar todas las modalidades, incluyendo sensaciones físicas, pero son predominantemente visuales.

- Las impresiones sensoriales se experimentan como si ocurrieran en el presente, no como recuerdos del pasado. Las emociones acompañantes (incluyendo reacciones físicas y respuestas motoras) son idénticas a las experimentadas durante el evento original.
- Las emociones e impresiones sensoriales originales se reexperimentan incluso si el individuo adquirió posteriormente información que contradecía la impresión inicial o si sabe que estas impresiones resultaron ser falsas.
- "Afecto sin recuerdo": Los individuos con TEPT a veces reexperimentan sensaciones fisiológicas o emociones asociadas al evento traumático sin un recuerdo consciente del mismo.
- La reexperimentación involuntaria del evento traumático es desencadenada por una amplia variedad de estímulos y situaciones.

### **Elaboración deficiente e incorporación inadecuada a la base de la memoria autobiográfica**

Ehlers y Clark (2000), proponen en su modelo que en el TEPT persistente, uno de los principales problemas radica en la memoria del trauma. Esta se encuentra pobremente elaborada e inadecuadamente integrada en su contexto temporal, espacial y autobiográfico, incluyendo información previa y posterior al evento. Esta deficiencia explica varios aspectos del trastorno: el recuerdo intencional problemático (debido a una ruta semántica débil para la recuperación), la cualidad de "aquí y ahora" (por la falta de contexto temporal, lo que genera una percepción de amenaza actual), la ausencia de

conexiones con información subsecuente (como "No morí") y la facilidad con que se desencadena por estímulos físicamente similares.

### **Asociaciones E-E y E-R fuertes**

Además, en el modelo se propone que otro problema en el TEPT persistente es la intensidad de las asociaciones estímulo-estímulo (E-E) y estímulo-respuesta (E-R) para el material traumático. Esto aumenta la probabilidad de que se desencadenen recuerdos del evento y/o respuestas emocionales ante estímulos asociados (Ehlers & Clark, 2000).

Ehlers y Clark (2000), mencionan que dos aspectos del aprendizaje asociativo E-E y E-R son relevantes para explicar la persistencia del TEPT. Primero, esta forma de aprendizaje ayuda al organismo a predecir (incluso inconscientemente) lo que ocurrirá después. Segundo, la recuperación de la memoria asociativa es automática y activada por señales, por lo que la persona puede no ser consciente de los desencadenantes de la reexperimentación ni de que su reacción emocional se debe a la activación de la memoria traumática.

### **Preparación perceptiva fuerte**

Se explica que existe una preparación perceptiva excepcionalmente fuerte (una forma de memoria implícita) para los estímulos temporalmente asociados con el evento traumático. Esto se traduce en un umbral perceptivo reducido para dichos estímulos. Como resultado, es más probable que, para las personas con TEPT, se detecten las

señales vinculadas al trauma, las cuales pueden activar directamente la memoria traumática (Ehlers & Clark, 2000).

#### ***2.2.1.4 Relación entre la naturaleza de la memoria del trauma y las evaluaciones del trauma***

Ehlers y Clark (2000), explican que la memoria traumática y las evaluaciones del trauma se influyen mutuamente. En el TEPT persistente, los recuerdos están sesgados por las evaluaciones, reforzando información congruente. De esta manera, la dificultad para recordar detalles del trauma puede interpretarse como evidencia de amenaza actual.

La incapacidad de recordar la secuencia exacta puede llevar a una evaluación incorrecta de responsabilidad personal. Por lo que, en casos donde el trauma ha amenazado gravemente el autoconcepto, la memoria autobiográfica puede desorganizarse. Esto afecta la recuperación de recuerdos, haciéndolos más susceptibles a señales específicas y menos influenciados por el contexto actual. Como resultado, aumenta la probabilidad de recuerdos intrusivos y respuestas emocionales asociadas (Ehlers & Clark, 2000).

#### ***2.2.1.5 Estrategias conductuales desadaptativas y estilos de procesamiento cognitivo***

De acuerdo con Ehlers y Clark (2000), los pacientes con TEPT persistente intentan controlar sus síntomas mediante estrategias que, aunque buscan aliviar la

amenaza percibida, resultan desadaptativas y mantienen el trastorno. Las estrategias mencionadas se mencionan a continuación:

1. Generan síntomas de TEPT,
2. Impiden cambios en las evaluaciones negativas,
3. Obstaculizan la modificación de la memoria traumática.

Otros ejemplos de conductas desadaptativas incluyen la supresión de pensamientos, que paradójicamente aumenta las intrusiones, y conductas como alterar patrones de sueño, que exacerban otros síntomas. La atención selectiva a amenazas intensifica las intrusiones y emociones relacionadas con el trauma (Ehlers & Clark, 2000).

Los comportamientos de seguridad y la evitación de recordatorios del trauma perpetúan el TEPT al impedir la desconfirmación de creencias negativas y cambios en la memoria traumática. La rumiación y la disociación durante el recuerdo del trauma son otros procesos cognitivos desadaptativos que interfieren con la recuperación (Ehlers & Clark, 2000).

#### ***2.2.1.6 Procesamiento cognitivo durante el trauma***

El procesamiento cognitivo durante el evento traumático influye en los dos procesos principales que generan una sensación de amenaza actual grave en el TEPT (Ehlers & Clark, 2000): las evaluaciones del trauma y sus secuelas, y la naturaleza de la memoria traumática.

## **Influencias en la evaluación**

Ehlers y Clark (2000), definen la derrota mental como a la pérdida percibida de toda autonomía psicológica, acompañada de la sensación de ya no ser humano. Las personas que experimentan derrota mental son más propensas a interpretar el trauma como evidencia de una visión negativa de sí mismas, en comparación con otras víctimas.

## **Influencias en la memoria**

La naturaleza de la memoria traumática está determinada por la calidad del procesamiento durante la codificación. Algunas víctimas de trauma relatan una claridad mental extraordinaria y un análisis continuo de la situación, mientras que otras reportan confusión e impresiones sensoriales abrumadoras (Ehlers & Clark, 2000).

El TEPT persistente se caracteriza por memorias desorganizadas, que pueden ser resultado, en parte, de la dificultad para establecer una perspectiva autorreferencial durante el trauma. Esta perspectiva es crucial para integrar la experiencia en el continuo de recuerdos autobiográficos. Durante un evento traumático, es posible que los individuos carezcan de la capacidad cognitiva necesaria para discernir que ciertos aspectos altamente amenazantes del trauma no son reales (Ehlers & Clark, 2000).

### ***2.2.1.7 Características del trauma, experiencias previas y creencias, estado actual***

El modelo de Ehlers y Clark (2000), considera diversos factores que influyen en el procesamiento cognitivo durante el trauma, la memoria del evento, las evaluaciones del trauma y sus secuelas, y las estrategias de control de amenazas y síntomas.

Factores que afectan el procesamiento cognitivo incluyen: características del trauma (duración, previsibilidad), experiencias previas, capacidad intelectual, creencias previas, y factores de estado (alcohol, excitación, miedo). Estos elementos impactan la memoria del trauma a través de vías cognitivas y biológicas (Ehlers & Clark, 2000).

De acuerdo con Ehlers y Clark (2000), las evaluaciones del trauma y sus consecuencias se ven influenciadas por las características del evento, sus secuelas (ej. problemas de salud permanentes), reacciones de otros, creencias previas, y experiencias pasadas. Traumas previos pueden vincularse al nuevo trauma, dándole un significado negativo adicional o reactivando respuestas emocionales anteriores. Las estrategias cognitivas y conductuales para manejar los síntomas del TEPT y la amenaza percibida están moldeadas por experiencias y creencias previas del individuo.

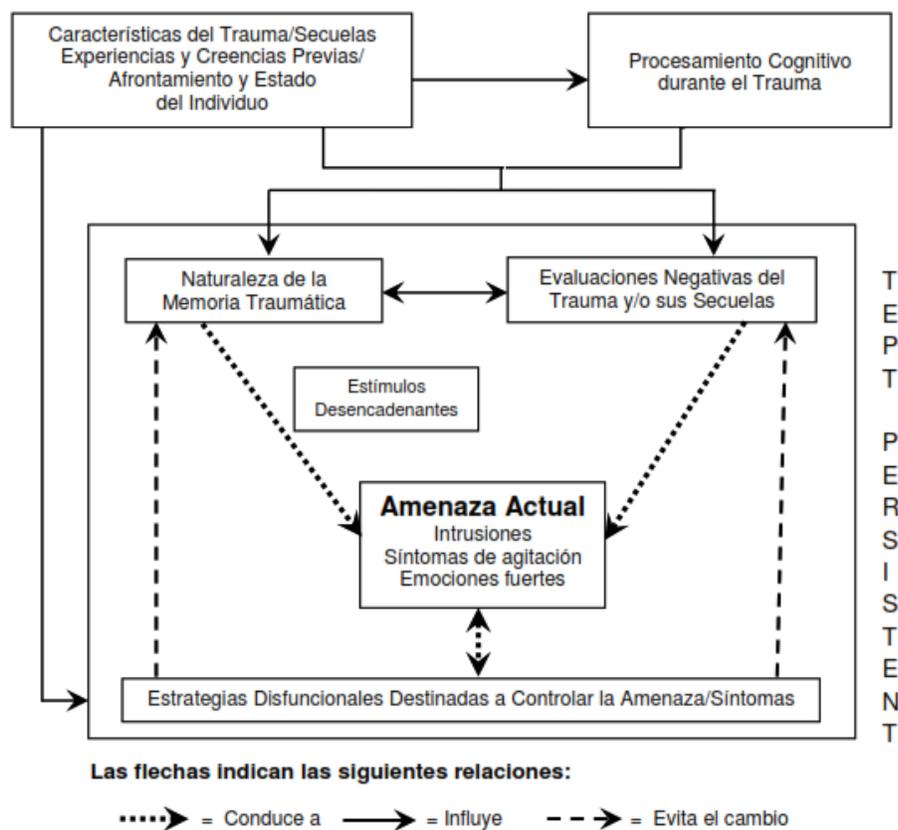


Figura 1. Modelo cognitivo de Ehlers y Clark del TEPT.

Fuente: Reproducido de Quezada, L. (2014). Resiliencia en pacientes pediátricos sobrevivientes de quemaduras y síntomas de estrés postraumático en sus padres. (Disertación doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León.

### 2.2.2 Estrés Postraumático en padres

Los padres con hijos con padecimientos cardíacos se enfrentan a períodos de estrés postraumático elevados durante el diagnóstico de sus hijos, la hospitalización y en el momento del alta (Jones et al., 2024). Siendo que después de algunos procedimientos, como la cirugía, los padres pueden llegar a presentar elevados síntomas intrusivos, como flashbacks y pesadillas; síntomas de hiperactivación, como falta de concentración, irritabilidad; y síntomas físicos relacionados a la salud mental, como la dificultad de respiración (Bainton et al., 2023).

Baiton et al. (2023), en un estudio reciente enfocado en padres de pacientes pediátricos con ventrículo único que se sometieron a una cirugía, identificaron que después de la cirugía el 50% de las madres y el 39% de los padres contaban con sintomatología de EPT, lo cual llegaba a reducir sus habilidades de afrontamiento y la satisfacción con la crianza. De igual manera, posterior a un alta hospitalaria, los padres de bebés con CC que presentan altos niveles de EPT, tienden a utilizar en mayor medida sus servicios de salud en comparación con los que contaban con una menor sintomatología (Golfenshtein et al., 2021).

Los padres de pacientes pediátricos con diagnóstico de alguna enfermedad crónica suelen presentar sintomatología de EPT, sin embargo, se han encontrado diferencias en los síntomas de acuerdo con el rol que desempeñan, como en el estudio con padres de pacientes con epilepsia realizado por Carmassi et al. (2020), dónde se encontró que las madres presentaban reacciones que involucran diversas dimensiones emocionales y síntomas de reexperimentación de la situación traumática. En cambio, los padres se caracterizaron por tener una reacción más activa inmediata al evento y presentaban más la ira, la tristeza y el miedo.

En padres de pacientes con CC en edad infantil, las características demográficas y psicosociales juegan un papel importante como predictores de la sintomatología de EPT. Golfenshtein et al. (2022) encontraron en su estudio, realizado en padres de pacientes con CC complejas, que la presencia de sintomatología de EPT en los padres se relacionaba positivamente al nivel de educación, tipo de seguro médico que utilizaban, estrés, número de medicamentos, visitas al servicio de urgencias y visitas al cardiólogo.

Además, resaltaron el estrés que presentaban los padres como un predictor importante de EPT y sintomatología de EPT, ya que se relacionan positivamente.

### **2.3 Crecimiento Postraumático**

El Crecimiento Postraumático (CPT) es un constructo que describe cómo a partir de un evento altamente estresante, las personas pueden llegar a presentar cambios a largo plazo, como el desarrollo de nuevas formas de pensamiento, de sentir y de comportarse, ya que los eventos que han experimentado no les da oportunidad de regresar a como era su personalidad antes del evento. El desarrollo sucede a partir de una interacción entre procesos intra e interpersonales, tras las experiencias traumáticas (Tedeschi et al., 2018).

De acuerdo con García et al. (2022), se puede decir que una persona ha tenido CPT, cuando atraviesa una dificultad, aprende o cambia de ella y no regresa a su estado original, sino que parece estar en un estado mejor. Además, podría utilizar lo aprendido para afrontar situaciones similares. Las alteraciones de las creencias fundamentales, la centralidad de los acontecimientos, la reflexión deliberada y la divulgación útil son constantes predictoras importantes del CPT (David et al., 2022).

Fletcher et al. (2023), identificaron tres patrones comunes de respuestas al trauma (EPT bajo/CPT bajo, EPT alto/CPT alto y EPT bajo/CPT bajo). El estilo de respuesta EPT bajo y CPT alto, tiene como predictor el apoyo social. Sin embargo, los traumatismos más graves se asocian con el estilo de EPT alto/CPT alto y la clase baja de EPT/CPT.

Además, experimentar procesos emocionales negativos, cómo la depresión y la ansiedad, suelen presentarse en mayor medida con el grupo de EPT alto y CPT alto.

El tipo de evento traumático también es un diferenciador en cómo impactará en la vida de las personas. Wu et al. (2019), identificaron el trauma directo tiene una mayor prevalencia de un nivel de CPT de moderado a alto en comparación a las personas que vivieron una situación traumática indirectamente. De acuerdo con Gul y Karanci (2017), se encontró que las personas que experimentan situaciones intencionales y agresivas suelen presentar una sintomatología de EPT más alta, en comparación a los que vivieron otros de tipos de eventos. De igual manera, se identificó los eventos relacionados a muerte súbita y lesiones tienden a provocar un nivel de CPT mayor.

### **2.3.1 Enfoque teórico**

El modelo teórico de Crecimiento Postraumático propuesto por Calhoun et al. (2010), explican que el CPT comienza con una persona previo al trauma y termina con los resultados positivos que pueden suceder después de una crisis en la vida (Figura 2). Siendo parte importante del modelo, tomar en cuenta a la persona previo a la situación traumática, ya que estas situaciones tienen como consecuencia el desafío de sus creencias fundamentales, llevándolo inevitablemente a una rumia automática (Tedeschi et al., 2018).

Como cada persona tiene diferentes creencias supuestas, puede que un mismo evento pueda desafiarlas, y otros pueden ir de acuerdo con dichas creencias, por lo que

es importante considerar las supuestas en la cultura de determinadas poblaciones al estudiar cómo se percibe algún evento (Calhoun et al., 2010). Además, cuando los eventos estresantes encajan en las creencias supuestas, como la muerte de una persona como parte del ciclo de la vida, también pueden producir malestar emocional.

El malestar emocional y el desafiar las creencias, puede conducir a la rumiación, la cual se presenta en forma de pensamientos intrusivos (Calhoun et al., 2010). La rumiación se considera como un mecanismo cognitivo que busca enfrentar las diferencias entre las creencias y el impacto del evento traumático, clasificándose como rumiación intrusiva y rumiación deliberada (Tedeschi et al., 2018).

Según Calhoun et al. (2010), en primera instancia, la rumiación suele ser intrusiva e ir acompañada de malestar emocional, sin embargo, conforme se experimenta la rumiación se avanza hacia una rumiación más deliberada que conduce a darle un significado al evento y a reconstruir las creencias desafiadas. Siendo la rumiación deliberada un factor mediador de la rumiación intrusiva y el desarrollo de CPT (Kim & Bae, 2019). Sin embargo, se considera a la rumiación intrusiva, acompañada de angustia emocional, fundamental para que los pensamientos más intrusivos cambien a pensamientos más constructivos y deliberados, siendo para el modelo una interacción clave para alcanzar el CPT (Tedeschi et al., 2018).

Por lo tanto, se puede decir que el tiempo desde el suceso estresante se vuelve relevante para facilitar el CPT (Tedeschi et al., 2018). Sin embargo, los acontecimientos vitales de las personas no se limitan a un tiempo específico de las personas, sino que son una secuencia de múltiples acontecimientos menores que pueden ir desde antes del

acontecimiento vital hasta mucho después, por lo que la recopilación de la información tomando en cuenta el tiempo desde el suceso se vuelve complicado para una investigación (Jayawickreme et al., 2020).

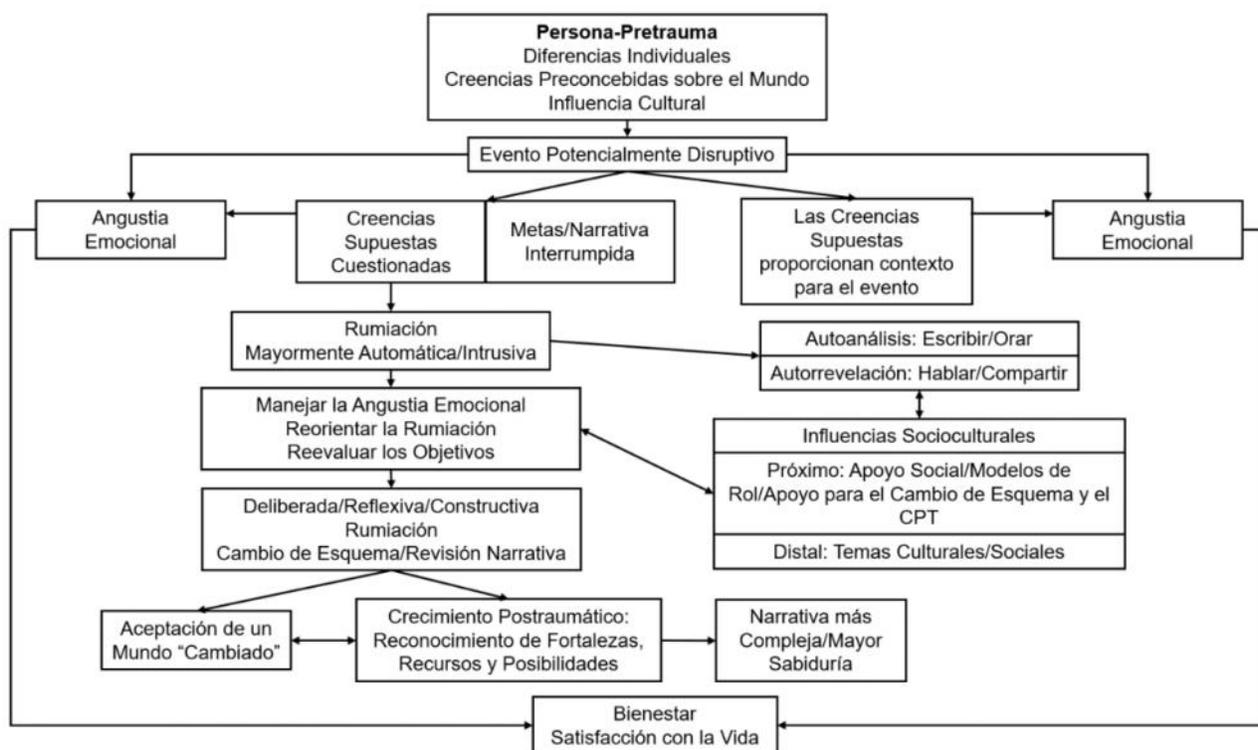


Figura 2. Modelo integral del crecimiento postraumático.

Fuente: Traducido de Tedeschi et al. (2018).

### 2.3.4 Crecimiento Postraumático en padres

Los padres de niños con CC suelen presentar alteraciones en su salud mental debido a las situaciones que se enfrentan al ser cuidadores de niños con una enfermedad crónica que puede llegar a tener momentos críticos, viéndose obligados a tomar decisiones sobre las intervenciones médicas para sus hijos, a estar constantemente en hospitalizaciones y a tener poca certeza del pronóstico de vida de sus hijos. (Bieber et

al., 2019). Kolaitis et al. (2017), mencionan que las madres tienen una tendencia mayor a presentar angustia psicológica, ansiedad, depresión, somatización, desesperanza y síntomas de EPT, lo cual puede llegar a influir en las estrategias de afrontamiento que utilicen ante diversas situaciones.

En padres que tienen a sus hijos hospitalizados a causa de una enfermedad crítica, se ha encontrado que el 70% de ellos suele experimentar CPT dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), siendo que una mayor estancia en el hospital y una presencia alta de síntomas de EPT, se asociaron con un CPT mayor (Yagiela et al., 2022). Siendo la UCIP un espacio en el que los padres enfrentan a diversas adversidades, cuando ellos ingresaban con un nivel alto de resiliencia al hospital, esta variable cumplía una función protectora, ayudándolos a percibir la situación como menos estresante y experimentar menos emociones negativas en comparación con otros padres. Sin embargo, la resiliencia no impacta ni directa ni significativamente en el nivel de CPT que desarrollan los padres 6 meses después del alta de sus hijos (Rodríguez-Reyes & Alonso-Tapia, 2019).

Se ha visto que los padres al tener a sus hijos en el área de cuidados intensivos de los hospitales suelen presentar malestar psicológico, como la angustia y síntomas de EPT, en conjunto con las estrategias de afrontamiento y la gravedad percibida en la salud de sus hijos, siendo la experiencia subjetiva de los padres en cuidados intensivos una consideración importante para el CPT (O'Toole et al., 2022). Se considera de igual importancia el estatus civil y el apoyo familiar para el desarrollo de CPT en padres de niños en situaciones médicas críticas debido al apoyo social que perciben los padres (Wang et al., 2023).

## 2.4 Afrontamiento

El estrés psicológico que presentamos tiende a provocar consecuencias desfavorables entre las personas y su medio ambiente, causando que las personas queden estancadas o busquen un cambio al modificar sus circunstancias para que se perciban más favorables, lo cual se nombre Afrontamiento (Lazarus, 1993).

El afrontamiento también se define, según Lazarus y Folkman (1984), como los esfuerzos cognitivos y conductuales, que están en constante cambio para gestionar las necesidades específicas, externas o internas, que superan los recursos de la persona. Por lo que no es un proceso estático, ya que una situación estresante puede llevar a las personas a utilizar distintas estrategias de afrontamiento en distintos momentos. Incluso pueden funcionar en conjunto, siendo posible que una estrategia facilite u obstaculice la eficacia de otras estrategias (Stephenson & DeLongis, 2020).

De acuerdo con Stephenson y DeLongis (2020), la efectividad de las estrategias de afrontamiento depende del momento en el tiempo en que se analicen, ya que las estrategias tienen diferentes efectos en diferentes momentos de la situación. Es decir, una estrategia puede dar resultados desadaptativos a corto plazo, pero ser adaptativa a largo plazo; y de manera contraria ser adaptativa a corto plazo, pero desadaptativa a largo plazo.

### **2.4.1 Enfoque teórico**

El afrontamiento es el esfuerzo cognitivo y de conducta que hace una persona para sobrellevar las exigencias externas e internas y los conflictos entre ellas (Folkman & Lazarus, 1980). Lazarus (1993) explica que las personas suelen usar todas las estrategias de afrontamiento en distintos momentos estresantes durante su vida. Folkman y Lazarus (1980), en su teoría del afrontamiento, explican que los esfuerzos cognitivos pueden cumplir dos objetivos: la gestión de la relación persona-entorno que es la raíz del estrés (afrontamiento centrado en el problema) y regular emociones estresantes (afrontamiento centrado en la emoción).

Moos (1992), basó su teoría del estrés y el afrontamiento, desde una perspectiva psicosocial, en un subconjunto de bioconceptos; propuestos inicialmente por Lazarus y Folkman (1984, como se citó en Moos, 1992), en dónde explican para una persona la adaptación se influencia por las circunstancias de su vida, por la forma en que evalúa esas circunstancias y por los recursos que posee la persona individual y socialmente. Dentro de la teoría del estrés y afrontamiento se enfatizan las causas ambientales del estado de ánimo y el comportamiento; y define como formas específicas de la situación para manejar las circunstancias estresantes a las respuestas de evaluación y afrontamiento (Moos, 1992).

La evaluación es un proceso cognitivo que lleva a la persona a revisar si una situación es relevante para su bienestar y de qué manera La evaluación es un proceso cognitivo que lleva a la persona a revisar si una situación es relevante para su bienestar y de qué manera, evaluando desde dos perspectivas distintas: con respecto a si algo

está en juego en dicha situación (evaluación primaria) o evaluando las opciones de afrontamiento para mejorar o prevenir la situación (evaluación secundaria) (Folkman et al., 1986). Folkman y Lazarus (1980), resaltan tres tipos principales de evaluaciones estresantes: daño-perdida, haciendo referencia al daño que ya ha sucedido; amenaza, refiriéndose al daño que ya ha ocurrido; y desafío, siendo la oportunidad anticipada de ganancia.

Los esfuerzos de afrontamiento se realizan como respuesta a las evaluaciones cognitivas del estrés (Folkman & Lazarus, 1980). De esta manera es importante la percepción que la persona tiene frente a la posibilidad de tener la capacidad de enfrentar la problemática o no, ya que esto media las estrategias de afrontamiento que utilizaran las personas (Lazarus, 1993).

Durante las situaciones estresante se suele considerar que las personas solo presentan emociones desagradables, sin embargo, incluso en esos momentos más difíciles, las personas pueden llegar a experimentar emociones positivas (Folkman & Moskowitz, 2000). Por lo tanto, el afrontamiento implica buscar cambiar las realidades de la persona y su entorno desde las emociones negativas, y los intentos de cambiar la perspectiva de la situación, siendo las emociones un elemento importante dentro de la variable, ya que media su resultado (Lazarus, 1993).

### **2.4.2 Afrontamiento en padres**

En madres de niños con CC se ha identificado que la estrategia de afrontamiento más utilizada es la Centrada en la Solución de Problemas, la cual además funge una función protectora ante la sintomatología depresiva en la misma población (Eraslan & Tak, 2021). De igual manera, Harlan et al. (2020), identificaron que, en familias de pacientes en estado crítico, las seis estrategias de afrontamiento principales utilizadas fueron: resolución de problemas, búsqueda de información, evitación, autoeficacia, búsqueda de apoyo y adaptación.

Sin embargo, la naturaleza de las CC y las necesidades variables de la enfermedad a lo largo del tiempo pueden influir las percepciones de los padres con respecto a la condición de su bebé y potencialmente requerir un ajuste de las estrategias de afrontamiento a lo largo del recorrido de la enfermedad (Lisanti et al., 2023). Los padres de paciente con CC suelen presentar ansiedad, síntomas depresivos, siendo factores que influyen altamente en la relación entre los padres y el bebé, sus estrategias de afrontamiento y los resultados posteriores al alta (Lisanti et al., 2021).

Jackson et al. (2019), los padres de niños con CC pueden cambiar sus estilos de afrontamiento y mejorar su autoeficacia como padres, sin embargo, eso no parece tener un impacto en la mejoría de los niveles de estrés, tanto general o parental, debido a que, a pesar de existir un cambio en su afrontamiento, eso no determina un cambio en los factores estresantes en su medio ambiente y en la salud de sus hijos.

Además, el momento del diagnóstico se considera relevante, ya que se ha encontrado que los diagnósticos de CC posnatales tiende a provocar en los padres el

uso de menos estrategias de afrontamiento en comparación de los padres que recibieron diagnósticos prenatales de la salud de sus hijos (Demianczyk et al., 2022).

### **2.4.3 Afrontamiento y estrés postraumático**

El estilo de afrontamiento ante una situación altamente estresante juega un papel predictor en los síntomas de EPT y en el CPT (Gul & Karanci, 2017). Por lo que, la recuperación tras la vivencia de un evento traumático se relaciona con las estrategias de afrontamiento, ya que la evitación prolongada puede dificultar una mejoría en los síntomas de EPT, mientras que una menor presencia de sintomatología de EPT es asociada con las estrategias activas de afrontamiento (Calhoun et al., 2022; Viana et al., 2020). Sin embargo, de acuerdo con Laurent et al. (2022), la relación entre el estrés percibido y la presencia del TEPT se ve incrementada por las estrategias de afrontamiento relacionadas con la búsqueda de soporte social.

## **2.5 Apoyo Social**

El apoyo social se considera un constructo multidimensional que consiste en las características y funciones que tienen las relaciones sociales, como los recursos psicológicos e instrumentales que pueden obtener de sus redes de apoyo social (Rodríguez & Cohen, 1998).

El apoyo social percibido se considera como la valoración subjetiva de la persona de la disponibilidad de los recursos y reacciones proporcionados por las personas a su

alrededor (Paykani et al., 2020). En la salud mental se ha visto que el apoyo social comunitario tiene una mayor influencia en las personas, comparándolo con el apoyo tangible o instrumental y la interacción o el intercambio de apoyo (Yang & Jiang, 2020).

Rodriguez y Cohen (1998), resaltan que el apoyo social influye en la mejora del estado de salud física y mental de las personas que pasan por una situación estresante. Además, se ha encontrado que el apoyo social juega un papel importante en las competencias personales, conductas de mantenimiento de la salud, principalmente conductas de afrontamiento, control percibido, afecto positivo, sensación de estabilidad, reconocimiento de la autoestima, disminución de la ansiedad y la depresión y en el bienestar psicológico (Langford et al., 1997).

Sin embargo, el impacto del apoyo social en la salud mental es heterogéneo, como se encontró en un estudio realizado por Harandi et al. (2017), en dónde las mujeres suelen tener más facilidad para hablar de sus problemas emocionales con personas externas a su familia a diferencia de los hombres, a los cuáles les resulta más complicado aceptar su estado emocional debido a las percepciones sociales del rol de género.

### ***2.5.1 Enfoque teórico***

El modelo de amortiguación del estrés es un modelo teórico de apoyo social, el cual propone al apoyo social como un amortiguador o una protección para las personas ante las consecuencias perjudiciales del estrés en la salud física y el bienestar psicológico (Rodriguez & Cohen, 1998). Además, se considera que el apoyo social tiende

a producir consecuencias beneficiosas en las personas, debido a que proporciona a las personas experiencias positivas periódicas y les permite vivir diferentes roles estables que les proporciona recompensas sociales en la comunidad (Cohen & Wills, 1985).

De acuerdo con Rodriguez y Choen (1998), el presente modelo considera que el efecto amortiguador del impacto negativo se presenta frente a eventos estresantes, debido a que es el momento en que las personas necesitan el apoyo, y existen dos maneras en que cumple su función. Primeramente, el apoyo percibido por la persona puede influir en la valoración del nivel estresante del evento presenciado en el momento de la situación y en la experiencia de una reacción de estrés psicológico y fisiológico. Mejorando así la percepción de la capacidad que tiene la persona para afrontar las situaciones derivadas por el evento y, de igual manera, logrando ver los eventos negativos con menor potencial de riesgo y menos estresantes.

En segundo lugar, la percepción del apoyo social puede tener un efecto mediador entre la experiencia de una reacción de estrés a partir de una situación, y el inicio de un proceso patológico mediante la reducción o eliminación de la reacción al estrés (Rodriguez & Cohen, 1998). Sin embargo, Cohen y Wills (1985) explican que un efecto amortiguador puro del apoyo social se produce cuando las personas que cuentan con bajo y alto apoyo mantienen un nivel promedio de sintomatología en situación poco estresantes, pero varía el nivel de sintomatología en situaciones altamente estresantes.

Las redes de apoyo social proporcionan a las personas la evocación de emociones agradables, como la sensación de previsibilidad y estabilidad en la vida y el reconocimiento de la autoestima, ayudando así a reducir el riesgo de experiencias

negativas que tienen a llevar a las personas a sufrir algún trastorno psicológico o físico (Cohen & Willis, 1985).

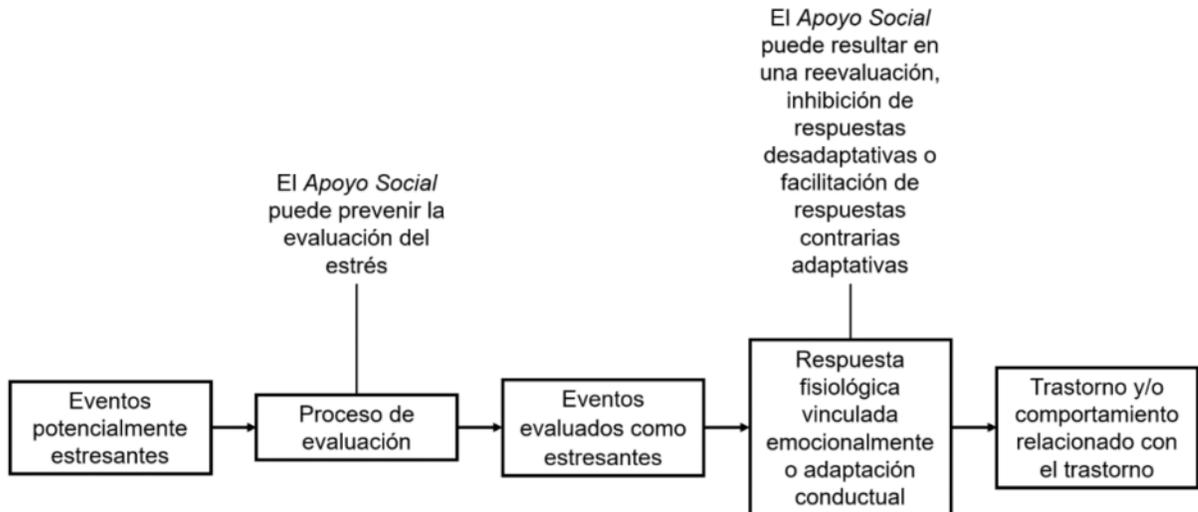


Figura 3. Dos puntos en los que el apoyo social puede interferir con el vínculo causal hipotético entre eventos estresantes y enfermedad.

Fuente: Traducido de Cohen & Willis (1985).

### 2.5.2 Apoyo social y Trauma

Al existir un mayor apoyo social y un menor nivel de reacciones sociales negativas, suele haber síntomas de EPT con una gravedad mínima (Zalta et al., 2021). Wang et al. (2021), resaltan que, si bien el apoyo social tiene una función protectora para la aparición del TEPT, también puede llegar a mantener los síntomas de TEPT.

Por otro lado, las personas que presentan un TEPT crítico suelen percibir un menor nivel de apoyo social, en comparación con las personas que no presentan un TEPT crítico (Simon et al., 2019). Además, el tener personas de confianza cerca, en conjunto con el apoyo social percibido, contribuye a disminuir los síntomas de TEPT (Ahmad & Lou, 2020).

El CPT se relaciona positivamente con diversas variables como afrontamiento de búsqueda de apoyo social, la extraversión, la escrupulosidad, la apertura a la experiencia, el apoyo social percibido, entre otros (Gul & Karanci, 2017). El apoyo social suele ser un factor protector ante el desarrollo de EPT y un promotor para el desarrollo de EPT, ya que entre mayor sea el apoyo social se ha encontrado una relación con bajo EPT y un alto CPT (Fletcher et al., 2023).

Tras una situación altamente estresante la calidad del apoyo social recibido es una variable moderadora entre la cantidad de apoyo social percibido y el CPT (Shang et al., 2022). Ning et al. (2023) resaltan que la relación entre el apoyo social y el CPT es más consistente en cuidadores en comparación con otras muestras traumatizadas.

### **3. MÉTODO**

Recordando que el presente trabajo tiene como objetivo identificar los predictores del crecimiento postraumático a través de las estrategias de afrontamiento al estrés, los síntomas de estrés postraumático y el apoyo social en padres de pacientes pediátricos con algún diagnóstico de cardiopatía congénita, en el presente capítulo se explicará el método de investigación.

#### **3.1 Diseño**

El diseño del presente estudio es no experimental y transversal con el fin de cumplir el objetivo planteado, ya que como mencionan Otzen y Manterola (2017), es un método que permite seleccionar a los participantes que se encuentren próximos y accesibles al investigador. Además, se lleva a cabo la investigación apegada al Código Ético, de la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP, 2007), minimizando la posibilidad de resultados engañosos y respetando la dignidad y el bienestar de los participantes (art. 48, 49).

Se recabó la muestra a través de un grupo de Facebook con la autorización de los administradores de los grupos para la difusión del cuestionario. El instrumento utilizado fue administrado de forma electrónica por medio de Google Forms, en dónde se incluyó el consentimiento informado, datos sociodemográficos y los instrumentos utilizados.

### **3.2 Participantes**

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Dónde se consideraron madres o padres de pacientes pediátricos con diagnóstico de alguna cardiopatía congénita, siendo necesario que haya pasado mínimo un mes desde dicho diagnóstico. Además, de ser residentes de la República Mexicana, contar con habilidades de lectoescritura y tener un dispositivo móvil con acceso a internet. Se excluyeron a los participantes que no cumplían con los criterios de inclusión y eran menores de 18 años. Se eliminaron los instrumentos que se encuentren incompletos.

De esta manera, la muestra fue conformada por 132 padres, de los cuales 122 fueron mujeres y 10 hombres, de los cuales el 18% reside en el Estado de México, 14% en Nuevo León, 13% en Ciudad de México, 12% en Tamaulipas y el 43% de los participantes residen en el resto de los estados de la república mexicana. Los padres contaban con una media en su edad total de 34.37 (DE=7.74), teniendo las mamás una media en su edad de 33.98 (DE=7.68) y los papás una media de 39.2 (DE=7.19).

Los hijos de los participantes eran pacientes pediátricos con un diagnóstico de CC, y presentaban una media de edad de 5.52 (DE=5.47). Así mismo, el 50% de los padres reportaron que sus hijos no presentan otra comorbilidad, 42.4% sí presentan otro diagnóstico además de la CC, y el 6.8% mencionaron no saber. Además, el 50% de los niños recibieron cateterismo 50%, 76.5% se sometieron a cirugía, y 78.8% llevan su tratamiento con medicamento.

### **3.3 Instrumentos**

#### **3.3.1 Afrontamiento**

El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE), de Sandín y Chorot (2003), se conforma de 42 afirmaciones en tiempo pasado, utilizando el formato tipo Likert para el registro de respuestas, en dónde se evaluará la frecuencia en que se utiliza cada una. El cuestionario se encuentra organizado en 7 subescalas: (1) Búsqueda de apoyo social (BAS) (ítems 6, 13, 20, 27, 34, 41), (2) Expresión emocional abierta (EEA) (ítems 4, 11, 18, 25, 32, 39), (3) Religión (RLG) (ítems 7, 14, 21, 28, 35, 42), (4) Focalizado en la solución de problema (FSP) (ítems 1, 8, 15, 22, 29, 36), (5) Evitación (EVT) (ítems 5, 12, 19, 26, 33, 40), (6) Autofocalización negativa (AFN) (ítems 2, 9, 16, 23, 30, 37) y (7) Reevaluación positiva (REP) (ítems 3, 10, 17, 24, 31, 38). La corrección de la prueba se realiza sumando los valores de cada ítem, de acuerdo con las subescalas. La confiabilidad fue analizada utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo: BAS .92, EEA .74, RLG .86, FSP .85, EVT .76, AFN .64 y REP .71. Así, el CAE presenta una fiabilidad general entre excelente y aceptable. En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de: FSP .82, AFN .62, REP .66, EEA .76, EVT .71, BAS .88 y REL .86.

#### **3.3.2 Crecimiento Postraumático**

El Inventario de Crecimiento Postraumático (Tedeschi & Calhoun, 1996), en su versión validada para población mexicana por Quezada-Berumen y González-Ramírez (2020). El instrumento se conforma de 14 ítems, con una estructura unifactorial, a diferencia de otras versiones. Para responder se utiliza una escala tipo Likert evaluada por medio de 6 puntos, en dónde 0 corresponde a “no experimenté este cambio como

resultado de mi crisis” y 5 como “experimenté este cambio en un grado muy grande como resultado de mi crisis”, de esta manera, mayor puntuación, mayor cambio percibido. Las correcciones del instrumento se realizan sumando todos los ítems. En el análisis de confiabilidad, utilizando el Alpha de Cronbach, la escala obtuvo un coeficiente de .94, siendo excelente. La confiabilidad del instrumento en el presente estudio dio como resultado un alfa de Cronbach de .94.

### **3.3.3 Sintomatología de Estrés Postraumático**

La Escala de Impacto de Evento Revisada (EIE-R) presentada por Weiss y Marmar (1997) y validada por Báguena et al. (2001), la cual se basa en la Escala de Impacto del Evento (EIE) de Horowitz et al. (1979). La escala se compone de 22 ítems, que miden el factor de intrusión (ítems 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20), el de evitación (ítems 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22) y el factor de hiperactivación (ítems 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21). Para medir utiliza un formato tipo Likert para evaluar la intensidad de la sintomatología. La confiabilidad fue determinada a través de los coeficientes de consistencia interna, obteniendo un coeficiente de .87 en el factor de evitación, .95 en el total de la escala, el factor de intrusión y el de hiperactivación. En este estudio la confiabilidad a través del alfa de Cronbach fue de .96 en total de la escala, .92 en intrusión, .90 en evitación y .91 en hiperactivación.

### **3.3.4 Apoyo Social**

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP), de Zimet et al. (1988), es un instrumento de 12 ítems de tipo autoinforme, está conformado por tres subescalas: Familia (ítems 3, 4, 8, 11), Amigos (ítems 1, 2, 5, 10) y Otros significativos

(ítems 6, 7, 9, 12). Las respuestas se registran en una escala tipo Likert en donde se evalúa de 1 (muy en desacuerdo) a 7 (muy de acuerdo), siendo que entre mayor sea la sumatoria de puntajes, mayor es el apoyo social percibido. En el presente trabajo se utilizará la versión adaptada al español por Landeta y Calvete (2002), en la cual el alfa de Cronbach indicó un coeficiente de .90 para Otros significativos, .96 para familia y .96 para amigos. Además, el coeficiente general de la escala fue de .89, lo que indica una buena consistencia interna. En el presente estudio la confiabilidad a través del alfa de Cronbach fue de .95 para familia, .94 para amigos, .96 para otros significativos y .96 en el total de la escala.

### **3.4 Procedimiento**

#### **3.4.1 Recolección de datos**

Para la realización de este proyecto se contó con la autorización de la subdirección de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. También se solicitó autorización por parte de los administradores de un grupo de Facebook de padres de pacientes con CC llegando a un acuerdo para la difusión del instrumento, apegándonos al art. 130 del Código Ético (SMP, 2007). Una vez se obtuvo la autorización de los administradores, se realizó una publicación en el grupo, adjuntando la finalidad del estudio y el formulario de Google Forms, donde se encontraba el instrumento.

Además, a cada persona interesada en participar se le proporcionó un consentimiento informado, en donde se explicaba de forma clara y precisa la naturaleza de la investigación, incluyendo el manejo de los datos que se obtendrán en el proceso (art. 122, 136). La información recabada se mantiene protegida para mantener su

confidencialidad (art. 61). La recolección de datos se realizó del 15 de noviembre 2023 al 15 de febrero 2024, en dónde se obtuvieron un total de 157 respuestas, de las cuáles se eliminaron 25 cuestionarios por no cumplir los criterios de inclusión.

### **3.4.2 Análisis de datos**

Al concluir la recolección de datos, se procedió a realizar el análisis de datos en IBM SPSS Statistics 22. Como primer paso, se analizó la consistencia interna de cada instrumento utilizado a través del coeficiente de alfa de Cronbach. Además, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la distribución de las variables, en dónde se confirmó que ninguna obtuvo una distribución normal, por lo que se utilizaron técnicas no paramétricas para la descripción de los datos.

Para evaluar la relación entre las variables, de acuerdo con segundo objetivo del presente trabajo, se utilizó Spearman's Rho estimando las correlaciones entre las variables de resultado considerando un valor de  $p < .05$  para ser estadísticamente significativo.

Por último, para estimar el modelo estructural que explicara el comportamiento de crecimiento postraumático en los padres, se utilizó el programa SPSS Amos 18. Se consideró el valor de  $p < .05$  para que el modelo fuera estadísticamente significativo. Además, para los parámetros del modelo se tomaron en cuenta como índices de ajuste el ji-cuadrado [ $\chi^2$ ] y su valor  $p$ , el cociente entre ji-cuadrado y los grados de libertad [ $\chi^2/df$ ], el residuo cuadrático medio de aproximación [RMSEA], el índice de bondad de ajuste [GFI] de Jöreskog y Sörbom junto con su versión corregida [AGFI], el índice de ajuste normativo [NFI], el índice de Tucker-Lewis [TLI], el índice de ajuste comparativo [CFI] y el índice de ajuste de incremento [IFI]. Los valores indicativos de buen ajuste para

estos índices son:  $p$  de  $\chi^2 > .05$ ,  $\chi^2/gf < 2$ ,  $GFI > .95$ ,  $AGFI > .90$ ,  $RMSEA < .05$ ,  $NFI > .90$ , y  $TLI$ ,  $CFI$  e  $IFI$  lo más cercano a 1 (Moral, 2006).

## 4. RESULTADOS

El objetivo del presente estudio fue identificar los predictores del crecimiento postraumático a través de las estrategias de afrontamiento al estrés, los síntomas de estrés postraumático y el apoyo social en padres de pacientes pediátricos con algún diagnóstico de cardiopatía congénita. Por lo que, a continuación, se presentarán los resultados de acuerdo con los objetivos del trabajo.

### **4.1 Identificar el crecimiento postraumático, los síntomas de estrés postraumático, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido**

En relación con el primer objetivo específico, resultados de la presente muestra indican un alto CPT, una moderado EPT, un uso moderado de la estrategia FSP, un uso poco frecuente de la estrategia AFN, un uso moderado de la estrategia REP, un uso poco frecuente de la estrategia EEA, un uso poco frecuente de la estrategia EVT, un uso poco frecuente de la estrategia en BAS, un uso moderado de la estrategia RLG. Los participantes también presentaron un AS moderadamente alto (Tabla 1).

### **4.2 Evaluar la relación entre el crecimiento postraumático, los síntomas de estrés postraumático, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido**

De acuerdo con el segundo objetivo específico, y para conocer las variables a incluir en el modelo explicativo del CPT en padres de pacientes pediátricos con algún diagnóstico de cardiopatía congénita, fue necesario evaluar la relación entre las variables del estudio. A partir de la matriz de correlaciones se encontró que el CPT se relacionaba positivamente con la FSP, REP, BAS, RLG y AS. Sin embargo, tuvo una correlación negativa con la Sintomatología de EPT (Tabla 1).

Tabla 1. *Matriz de Correlaciones*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>1. CPT</b>	1												
<b>2. FSP</b>	.36**	1											
<b>3. AFN</b>	-.14	.09	1										
<b>4. REP</b>	.41**	.60**	.25**	1									
<b>5. EEA</b>	.07	.15	.46**	.36**	1								
<b>6. EVT</b>	-.03	.16	.31**	.26**	.31**	1							
<b>7. BAS</b>	.38**	.42**	-.02	.41**	.32**	.19*	1						
<b>8. RLG</b>	.27**	.33**	.05	.42**	.09	.11	.25**	1					
<b>9. EPT</b>	-.25**	-.01	.48**	0	.40**	.26**	-.06	.04	1				
<b>10. ASF</b>	.39**	.28**	-.15	.17	0	.06	.44**	.12	-.27**	1			
<b>11. ASA</b>	.51**	.27**	-.18*	.25**	-.05	0	.41**	0.1	-.35**	.72**	1		
<b>12. ASO</b>	.35**	.28**	.01	.23**	.02	.06	.33**	.17*	-.19*	.75**	.60**	1	
<b>13. AS</b>	.49**	.31**	-.14	.22*	-.02	.05	.46**	.15	-.31**	.91**	.89**	.83**	1
<b>M</b>	53.54	14.81	8.43	12.23	6.62	5.43	8.78	13.48	42.74	20.88	21.55	18.54	60.98
<b>DE</b>	13.98	5.54	4.28	4.59	4.5	4.08	6.35	6.26	22.69	7.85	7.73	8.16	21.1
<b>Perfil Promedio</b>	3.82	2.47	1.41	2.04	1.1	0.91	1.46	2.25	1.94	5.22	5.39	4.63	5.08

1. Crecimiento Postraumático (CPT); 2. Focalización en la Solución de Problemas (FSP); 3. Autofocalización Negativa (AFN); 4. Reevaluación Positiva (REP); 5. Expresión Emocional Abierta (EEA); 6. Evitación (EVT); 7. Búsqueda de Apoyo Social (BAS); 8. Religión (RLG); 9. Sintomatología de Estrés Postraumático (EPT); 10. Apoyo Social Familia (ASF); 11. Apoyo Social Amigos (ASA); 12. Apoyo Social de Otras Personas Significativas (ASO); 13. Apoyo Social (AS).

#### **4.3 Estimar el modelo estructural más parsimonioso y de mejor ajuste para explicar el crecimiento postraumático en padres de pacientes pediátricos con algún diagnóstico de cardiopatía congénita**

A partir de las correlaciones de la Tabla 1 y de lo mencionado por Stephenson y DeLongis (2020), quienes proponen que el afrontamiento no es un proceso estático, pues una situación estresante puede llevar a las personas a utilizar diferentes estrategias de afrontamiento en distintos momentos, inclusive funcionar en conjunto, siendo posible que una estrategia facilite u obstaculice la eficacia de otras estrategias, creó el modelo hipotético de la Figura 4.

Dicho modelo propone como variables independientes al apoyo social de la familia, amigos y otras personas significativas, así como a las estrategias de afrontamiento de EEA, AFN y EVT, las cuales tienen un efecto directo hacia la sintomatología de estrés postraumático. De igual manera, como variables mediadoras hacia el CPT se proponen a las estrategias de REP, BAS, RLG, FSP y los síntomas de estrés postraumático.

Con las variables del modelo hipotético, se evaluó la normalidad, donde los datos de la Tabla 2 mostraron la falta de normalidad, por lo cual el cálculo se llevó a cabo con el método de Bootstrap.

Tabla 2. Evaluación de la normalidad del modelo hipotético.

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
MSPSSPSIG	4.000	28.000	-1.064	-4.991	-.241	-.566
MSPSSAMI	4.000	28.000	-.421	-1.976	-1.173	-2.751
MSPSSFAM	4.000	28.000	-.852	-3.995	-.648	-1.521
CAEEEA	.000	22.000	.715	3.354	.316	.740
CAEEVT	.000	20.000	.856	4.014	.658	1.542
CAEAFN	.000	21.000	.159	.748	.070	.163
CAEBAS	.000	24.000	.446	2.092	-.611	-1.432
CAERLG	.000	24.000	-.232	-1.089	-.754	-1.768
CAEFSP	1.000	24.000	-.189	-.884	-.754	-1.769
SUMEIE	.000	88.000	-.074	-.347	-.962	-2.256
CAEREP	2.000	22.000	.038	.179	-.743	-1.743
SUMICPT	6.000	70.000	-1.094	-5.134	.952	2.233
Multivariate					12.466	3.907

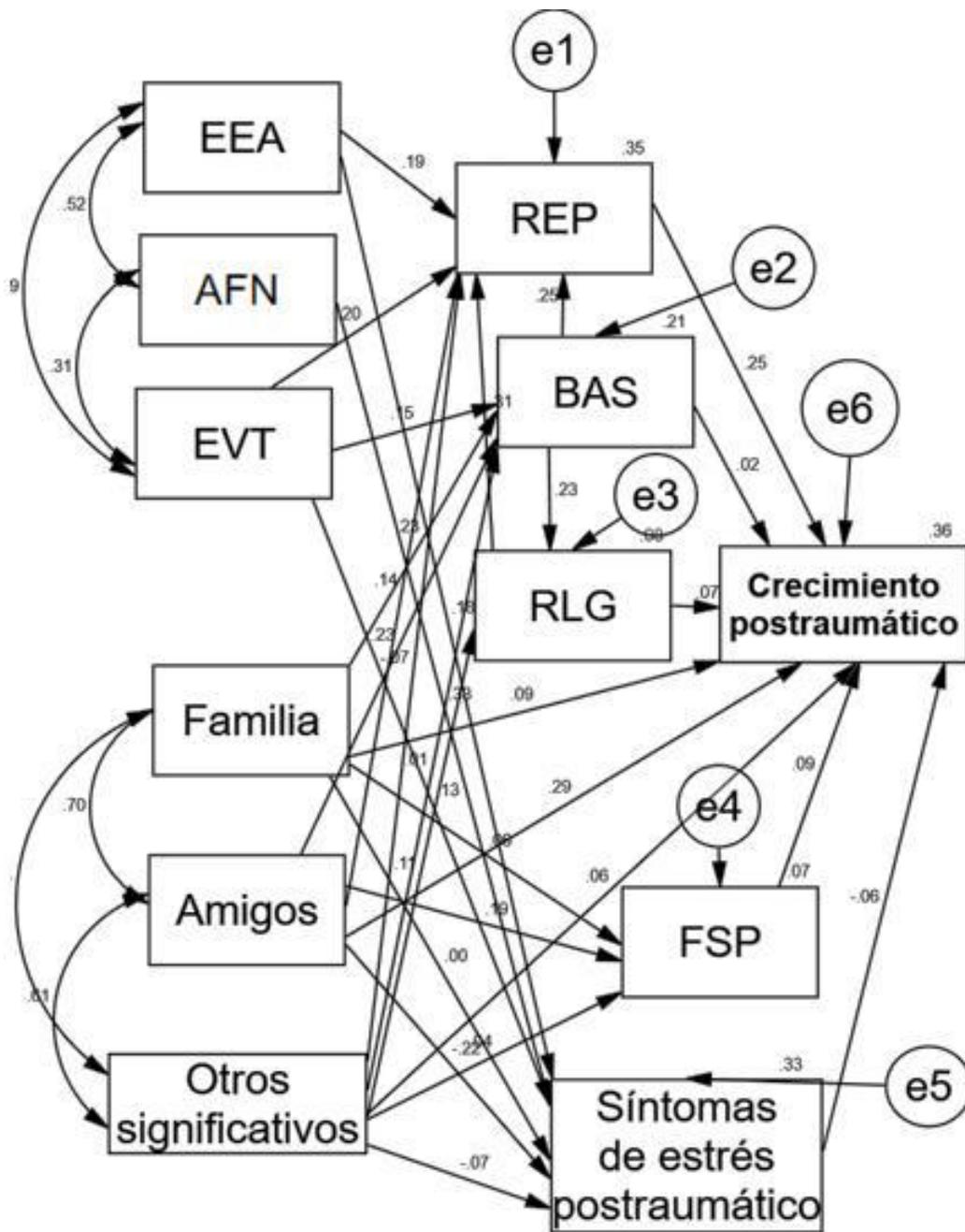


Figura 4. Modelo hipotético para explicar el CPT en padres de niños con CC.

El modelo hipotético, aunque con covarianzas significativas y con el 35.7% de varianza explicada de la variable de Crecimiento postraumático (Tabla 6), mostró mal ajuste y parsimonia (Tabla 23) al igual que varias vías no significativas (Tabla 3, 4 y 5) por lo que se eliminaron los efectos  $\geq .200$  no significativos ( $p > .1$ ), dando lugar a una

nueva reestimación y con ello el modelo 2.

Tabla 3. Pesos estructurales y su significación por máxima verosimilitud del modelo hipotético.

			Estimación	S.E.	C.R.	P
CAEBAS	<---	CAEEVT	.226	.121	1.871	.061
CAEBAS	<---	MSPSSFAM	.185	.106	1.739	.082
CAEBAS	<---	MSPSSPSIG	.011	.097	.111	.912
CAEBAS	<---	MSPSSAMI	.177	.086	2.055	.040
CAERLG	<---	MSPSSPSIG	.091	.072	1.271	.204
CAERLG	<---	CAEBAS	.223	.087	2.547	.011
CAEREP	<---	CAEEEA	.189	.074	2.564	.010
SUMEIE	<---	CAEEEA	.910	.421	2.160	.031
SUMEIE	<---	CAEAFN	1.697	.446	3.804	***
CAEREP	<---	CAEEVT	.220	.082	2.675	.007
SUMEIE	<---	CAEEVT	.718	.416	1.724	.085
CAEFSP	<---	MSPSSFAM	.046	.101	.454	.650
SUMEIE	<---	MSPSSFAM	.006	.344	.017	.986
CAEREP	<---	MSPSSAMI	.077	.051	1.508	.132
CAEFSP	<---	MSPSSAMI	.128	.081	1.574	.115
SUMEIE	<---	MSPSSAMI	-.608	.279	-2.180	.029
CAEREP	<---	MSPSSPSIG	-.043	.052	-.828	.407
CAEFSP	<---	MSPSSPSIG	.029	.092	.319	.750
SUMEIE	<---	MSPSSPSIG	-.189	.315	-.601	.548
CAEREP	<---	CAERLG	.223	.053	4.223	***
CAEREP	<---	CAEBAS	.178	.057	3.125	.002
SUMICPT	<---	MSPSSFAM	.162	.211	.768	.443
SUMICPT	<---	MSPSSAMI	.489	.177	2.762	.006
SUMICPT	<---	MSPSSPSIG	.098	.192	.513	.608
SUMICPT	<---	CAEREP	.769	.251	3.059	.002
SUMICPT	<---	CAEBAS	.036	.180	.201	.840
SUMICPT	<---	CAEFSP	.219	.181	1.207	.228
SUMICPT	<---	SUMEIE	-.039	.046	-.851	.395
SUMICPT	<---	CAERLG	.155	.171	.910	.363

Tabla 4. Pesos estructurales estandarizados y sus intervalos de confianza al 90% por el método de Percentil Corregido de Sesgo y Acelerado (BCa) del modelo hipotético.

Parámetro		Estimación	LI	LS	P	
CAEBAS	<---	CAEEVT	.146	.018	.267	.060
CAEBAS	<---	MSPSSFAM	.229	.000	.419	.100
CAEBAS	<---	MSPSSPSIG	.013	-.180	.182	.911
CAEBAS	<---	MSPSSAMI	.228	.027	.423	.061
CAERLG	<---	MSPSSPSIG	.113	-.027	.258	.200
CAERLG	<---	CAEBAS	.226	.057	.396	.036
CAEREP	<---	CAEEEA	.188	.069	.319	.011
SUMEIE	<---	CAEEEA	.184	.039	.329	.038
SUMEIE	<---	CAEAFN	.325	.161	.454	.004
CAEREP	<---	CAEEVT	.199	.023	.334	.047
SUMEIE	<---	CAEEVT	.131	.015	.258	.065
CAEFSP	<---	MSPSSFAM	.065	-.172	.315	.680
SUMEIE	<---	MSPSSFAM	.002	-.215	.231	.967
CAEREP	<---	MSPSSAMI	.139	-.031	.304	.202
CAEFSP	<---	MSPSSAMI	.189	-.053	.426	.202
SUMEIE	<---	MSPSSAMI	-.222	-.434	-.043	.050
CAEREP	<---	MSPSSPSIG	-.074	-.248	.088	.399
CAEFSP	<---	MSPSSPSIG	.041	-.186	.260	.746
SUMEIE	<---	MSPSSPSIG	-.065	-.268	.149	.634
CAEREP	<---	CAERLG	.310	.192	.415	.002
CAEREP	<---	CAEBAS	.250	.107	.404	.007
SUMICPT	<---	MSPSSFAM	.092	-.106	.307	.406
SUMICPT	<---	MSPSSAMI	.289	.152	.439	.001
SUMICPT	<---	MSPSSPSIG	.055	-.161	.259	.687
SUMICPT	<---	CAEREP	.252	.081	.411	.008
SUMICPT	<---	CAEBAS	.017	-.117	.180	.824
SUMICPT	<---	CAERLG	.070	-.047	.191	.316
SUMICPT	<---	CAEFSP	.088	-.090	.252	.426
SUMICPT	<---	SUMEIE	-.063	-.208	.053	.364

Tabla 5. Varianzas de las variables exógena y de los residuos estructurales y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo hipotético.

Parámetro	Estimación	LI	LS	P
CAEAFN	18.154	14.786	22.185	.001
CAEEVT	16.518	13.248	21.144	.000
CAEEEA	20.099	16.310	25.100	.000
MSPSSFAM	61.137	51.228	71.006	.001

Tabla 4. Pesos estructurales estandarizados y sus intervalos de confianza al 90% por el método de Percentil Corregido de Sesgo y Acelerado (BCa) del modelo hipotético.

Parámetro	Estimación	LI	LS	P
MSPSSAMI	66.142	58.450	75.328	.000
MSPSSPSIG	59.262	47.630	70.020	.001
e2	31.610	27.131	39.055	.000
e3	35.757	30.071	44.568	.000
e1	13.102	11.770	16.201	.000
e4	28.260	24.612	33.934	.000
e5	330.891	294.022	412.212	.000
e6	121.440	104.246	156.225	.000

Tabla 6. Proporciones de varianza explicada y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo hipotético.

Parámetro	Estimación	LI	LS	P
CAERLG	.080	.018	.165	.004
CAEBAS	.207	.108	.283	.009
CAEFSP	.072	.012	.140	.012
SUMEIE	.330	.216	.394	.032
CAEREP	.352	.218	.421	.026
SUMICPT	.357	.195	.428	.035

Al evaluar la normalidad de esta reestimación del modelo, los estadísticos siguen indicando una que no hay distribución normal del modelo (Tabla 7). Así, el modelo 2 (Figura 5) con una varianza explicada del CPT de 34.7% (Tabla 12) y con todas sus covarianzas y varianzas significativas (Tabla 10 y 11), muestra de igual manera un mal ajuste y parsimonia baja (Tabla 23) así como vías no significativas (Tablas 8 y 9). Al eliminar aquellas vías con un valor de  $p > .1$ , resultaron los síntomas de estrés postraumático y FSP independientes del crecimiento postraumático y al ser variables endógenas, se eliminan del modelo dando lugar a una reestimación.

Tabla 7. Evaluación de la normalidad del Modelo 2.

Variable	Min	Max	Skew	c.r.	Kurtosis	c.r.
MSPSSAMI	4.000	28.000	-.421	-1.976	-1.173	-2.751
MSPSSFAM	4.000	28.000	-.852	-3.995	-.648	-1.521
CAEEEA	.000	22.000	.715	3.354	.316	.740
CAEEVT	.000	20.000	.856	4.014	.658	1.542
CAEAFN	.000	21.000	.159	.748	.070	.163
CAEBAS	.000	24.000	.446	2.092	-.611	-1.432
CAERLG	.000	24.000	-.232	-1.089	-.754	-1.768
CAEREP	2.000	22.000	.038	.179	-.743	-1.743
SUMICPT	6.000	70.000	-1.094	-5.134	.952	2.233
Multivariate					5.111	2.087

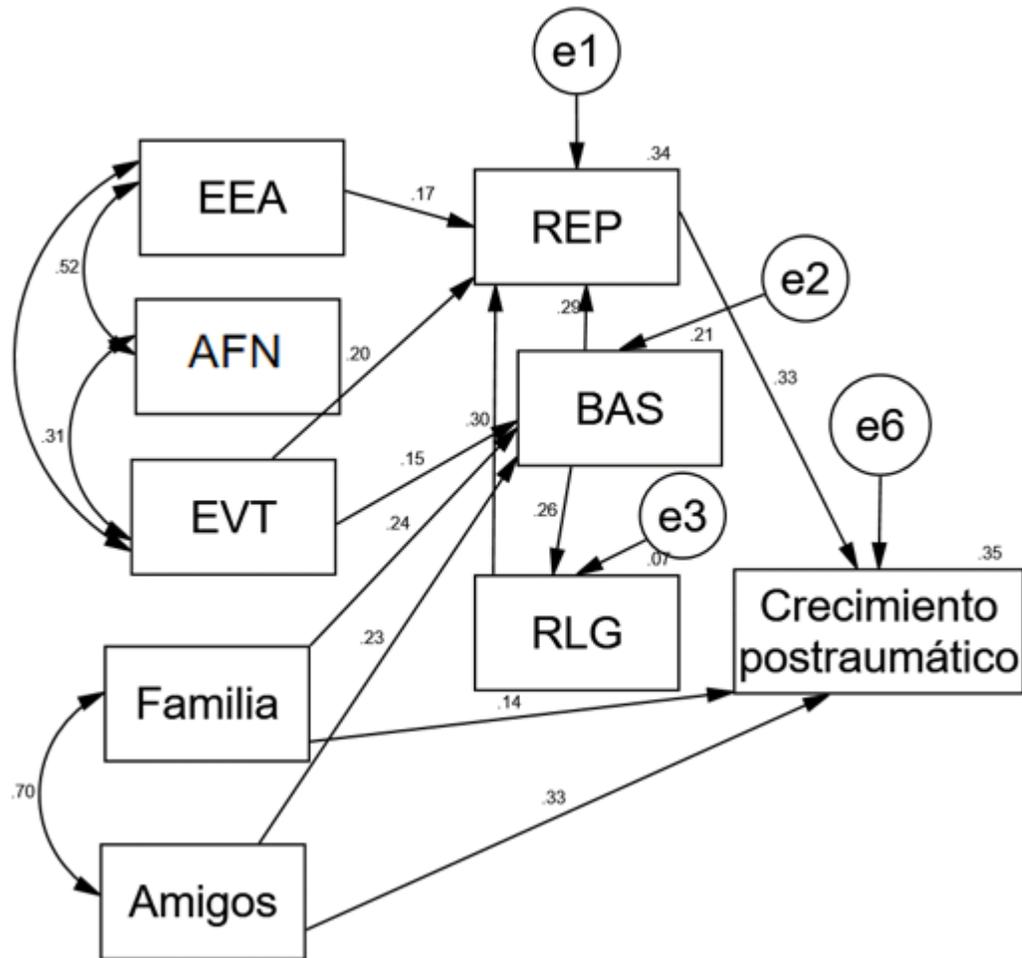


Figura 5. Modelo 2 para explicar el CPT en padres de niños con CC.

Tabla 8. Pesos sin estandarizar y significación por máxima verosimilitud del Modelo 2.

			Estimación	S.E.	C.R.	P
CAEBAS	<---	CAEEVT	.227	.121	1.874	.061
CAEBAS	<---	MSPSSFAM	.192	.088	2.176	.030
CAEBAS	<---	MSPSSAMI	.179	.085	2.112	.035
CAERLG	<---	CAEBAS	.259	.083	3.114	.002
CAEREP	<---	CAEEEA	.173	.074	2.321	.020
CAEREP	<---	CAEEVT	.217	.083	2.620	.009
CAEREP	<---	CAERLG	.218	.053	4.116	***
CAEREP	<---	CAEBAS	.205	.053	3.873	***
SUMICPT	<---	MSPSSFAM	.254	.175	1.449	.147
SUMICPT	<---	MSPSSAMI	.552	.168	3.282	.001
SUMICPT	<---	CAEREP	1.016	.220	4.617	***

Tabla 9. Pesos estandarizados y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del Modelo 2.

Parámetro			Estimación	LI	LS	P
CAEBAS	<---	CAEEVT	.146	.020	.268	.056
CAEBAS	<---	MSPSSFAM	.237	.039	.406	.055
CAEBAS	<---	MSPSSAMI	.230	.040	.427	.038
CAERLG	<---	CAEBAS	.263	.102	.421	.010
CAEREP	<---	CAEEEA	.173	.055	.304	.015
CAEREP	<---	CAEEVT	.197	.028	.334	.049
CAEREP	<---	CAERLG	.304	.184	.406	.002
CAEREP	<---	CAEBAS	.289	.155	.422	.001
SUMICPT	<---	MSPSSFAM	.144	-.018	.297	.146
SUMICPT	<---	MSPSSAMI	.326	.179	.468	.001
SUMICPT	<---	CAEREP	.330	.215	.443	.001

Tabla 10. Correlaciones y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del Modelo 2.

Parámetro			Estimación	LI	LS	P
CAEAFN	<-->	CAEEVT	.308	.177	.428	.001
CAEEVT	<-->	CAEEEA	.290	.150	.429	.001
CAEAFN	<-->	CAEEEA	.524	.404	.622	.001
MSPSSFAM	<-->	MSPSSAMI	.701	.577	.782	.002

Tabla 11. Varianza de las variables exógenas y de los residuos estructurales y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del Modelo 2.

Parámetro	Estimación	LI	LS	P
CAEAFN	18.154	14.786	22.185	.001
CAEEVT	16.518	13.248	21.144	.000
CAEEEA	20.099	16.310	25.100	.000
MSPSSFAM	61.137	51.228	71.006	.001
MSPSSAMI	66.142	58.450	75.328	.000
e2	31.613	27.009	39.001	.000
e3	36.196	30.134	44.509	.000
e1	13.324	11.778	16.297	.000
e6	124.193	103.819	154.462	.000

Tabla 12. Proporciones de varianza explicada y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo 2.

Parámetro	Estimación	LI	LS	P
CAEBAS	.207	.110	.286	.006
CAERLG	.069	.010	.177	.001
CAEREP	.336	.210	.419	.009
SUMICPT	.347	.230	.442	.003

Tras eliminar el efecto del apoyo de la familia al CPT, se llegó a la estimación del tercer modelo (Figura 6), donde los índices de ajuste y parsimonia fueron adecuados (Tabla 23), todas las covarianzas y varianzas resultaron significativas (Tabla 15 y 16) y se explicó un 33.6% de la varianza de CPT (Tabla 17). No obstante, se encontró una vía no significativa de la EVT a BAS (Tabla 13 y 14) y se introdujo una vía sugerida de EEA a BAS por los índices de modificación.

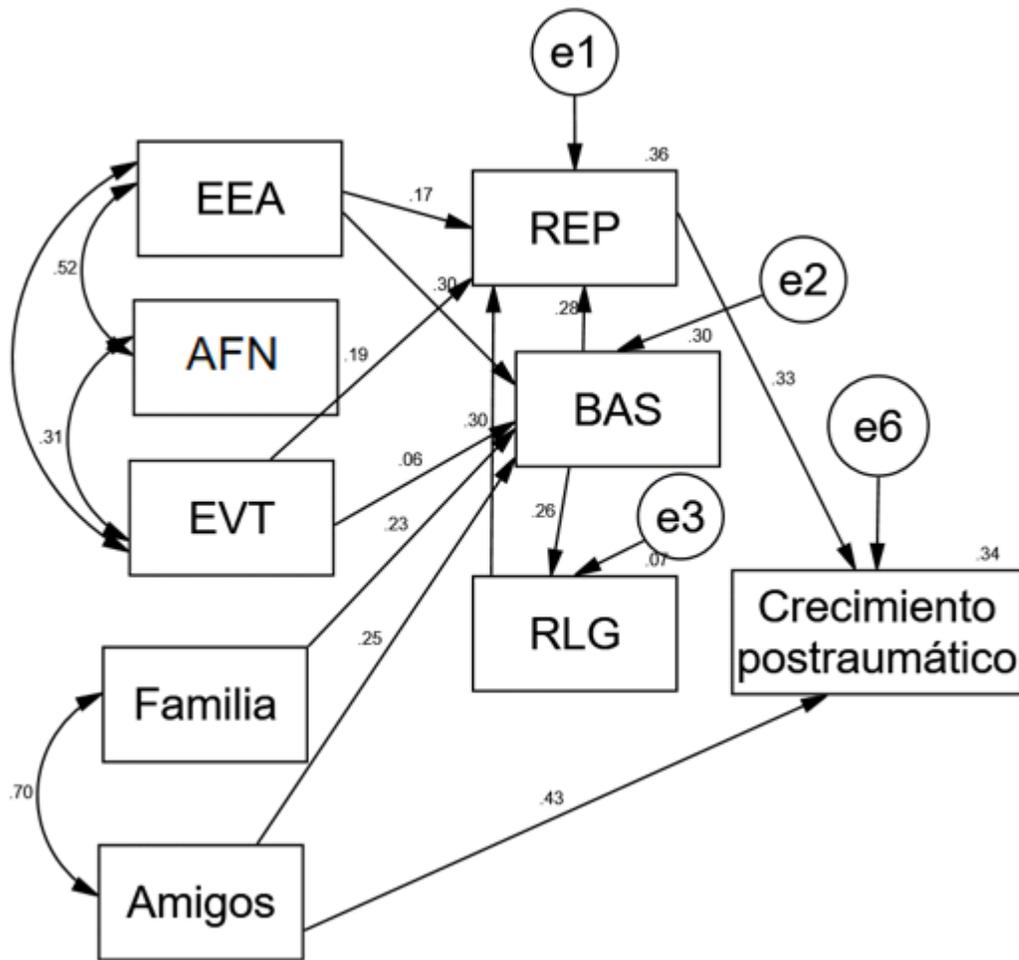


Figura 6. Modelo 3 para explicar el CPT en padres de niños con CC.

Tabla 13. Pesos estructurales sin estandarizar y su significación por máxima verosimilitud del Modelo 3.

			Estimación	S.E.	C.R.	P
CAEBAS	<---	CAEEVT	.091	.119	.763	.445
CAEBAS	<---	MSPSSFAM	.183	.083	2.197	.028
CAEBAS	<---	MSPSSAMI	.196	.080	2.450	.014
CAEBAS	<---	CAEEEA	.425	.108	3.923	***
CAERLG	<---	CAEBAS	.259	.083	3.130	.002
CAEREP	<---	CAEEEA	.173	.078	2.221	.026
CAEREP	<---	CAEEVT	.217	.082	2.641	.008
CAEREP	<---	CAERLG	.218	.053	4.116	***
CAEREP	<---	CAEBAS	.205	.055	3.734	***
SUMICPT	<---	MSPSSAMI	.724	.122	5.929	***
SUMICPT	<---	CAEREP	1.011	.218	4.644	***

Tabla 14. Pesos estructurales estandarizados y sus intervalos de confianza al 90% del Modelo 3.

Parámetro			Estimación	LI	LS	P
CAEBAS	<---	CAEEVT	.058	-.061	.178	.428
CAEBAS	<---	MSPSSFAM	.226	.043	.383	.047
CAEBAS	<---	MSPSSAMI	.252	.082	.421	.017
CAEBAS	<---	CAEEEA	.300	.188	.405	.001
CAERLG	<---	CAEBAS	.264	.106	.424	.009
CAEREP	<---	CAEEEA	.170	.055	.297	.015
CAEREP	<---	CAEEVT	.193	.027	.330	.049
CAEREP	<---	CAERLG	.298	.181	.401	.002
CAEREP	<---	CAEBAS	.285	.154	.416	.001
SUMICPT	<---	MSPSSAMI	.427	.307	.533	.001
SUMICPT	<---	CAEREP	.334	.218	.446	.001

Tabla 15. Correlaciones y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del Modelo 3.

Parámetro			Estimación	LI	LS	P
CAEAFN	<-->	CAEEVT	.308	.177	.428	.001
CAEEVT	<-->	CAEEEA	.290	.150	.429	.001
CAEAFN	<-->	CAEEEA	.524	.404	.622	.001
MSPSSFAM	<-->	MSPSSAMI	.701	.577	.782	.002

Tabla 16. Varianzas de las variables exógenas y de los residuos estructurales y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del Modelo 3.

Parámetro	Estimación	LI	LS	P
CAEAFN	18.154	14.786	22.185	.001
CAEEVT	16.518	13.248	21.144	.000
CAEEEA	20.099	16.310	25.100	.000
MSPSSFAM	61.137	51.228	71.006	.001
MSPSSAMI	66.142	58.450	75.328	.000
e2	28.299	24.024	35.736	.000
e3	36.196	30.134	44.509	.000
e1	13.324	11.778	16.298	.000
e6	126.192	103.455	156.557	.000

Tabla 17. Proporción de varianza de explicada y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del Modelo 3.

Parámetro	Estimación	LI	LS	P
CAEBAS	.297	.181	.377	.008
CAERLG	.070	.011	.180	.001
CAEREP	.360	.234	.443	.008
SUMICPT	.336	.227	.426	.003

Al eliminar la vía de la EVT a BAS, se llega al modelo 4 (Figura 7) el cual mostró un excelente ajuste (Tabla 23), todos sus indicadores significativos ( $p < .05$ ) (Tabla 18 y 19) así como sus covarianzas y varianzas significativas (Tabla 20 y 21). Este modelo al lograr un excelente ajuste, así como un indicador de parsimonia alto es considerado como el modelo final para explicar el CPT en padres de niños con CC.

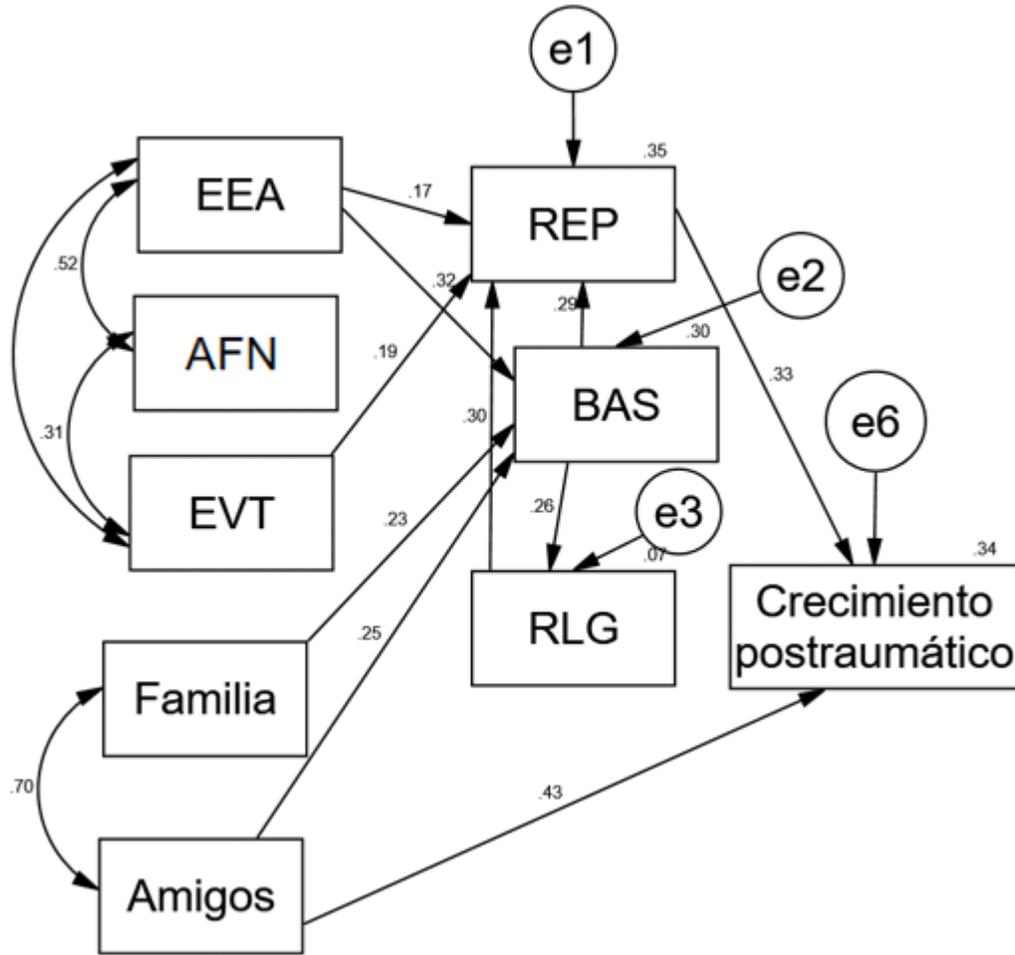


Figura 7. Modelo Final para explicar el CPT en padres de niños con CC.

Tabla 18. Pesos estructurales no estandarizados y su significación por máxima verosimilitud del modelo final.

			Estimación	S.E.	C.R.	P
CAEBAS	<---	MSPSSFAM	.186	.084	2.226	.026
CAEBAS	<---	MSPSSAMI	.196	.080	2.434	.015
CAEBAS	<---	CAEEEA	.449	.104	4.319	***
CAERLG	<---	CAEBAS	.259	.083	3.133	.002
CAEREP	<---	CAEEEA	.173	.078	2.211	.027
CAEREP	<---	CAERLG	.218	.053	4.116	***
CAEREP	<---	CAEBAS	.205	.055	3.744	***
CAEREP	<---	CAEEVT	.217	.082	2.646	.008
SUMICPT	<---	MSPSSAMI	.724	.122	5.928	***
SUMICPT	<---	CAEREP	1.011	.218	4.627	***

Tabla 19. Pesos estructurales estandarizados y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo final.

Parámetro			Estimación	LI	LS	P
CAEBAS	<---	MSPSSFAM	.229	.042	.387	.046
CAEBAS	<---	MSPSSAMI	.250	.072	.416	.022
CAEBAS	<---	CAEEEA	.317	.202	.424	.001
CAERLG	<---	CAEBAS	.264	.106	.423	.010
CAEREP	<---	CAEEEA	.170	.055	.297	.014
CAEREP	<---	CAERLG	.299	.183	.403	.002
CAEREP	<---	CAEBAS	.286	.155	.418	.001
CAEREP	<---	CAEEVT	.194	.026	.331	.050
SUMICPT	<---	MSPSSAMI	.427	.307	.533	.001
SUMICPT	<---	CAEREP	.333	.217	.444	.001

Tabla 20. Correlaciones y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo final

Parámetro			Estimación	LI	LS	P
CAEAFN	<-->	CAEEVT	.308	.177	.428	.001
CAEEVT	<-->	CAEEEA	.290	.150	.429	.001
CAEAFN	<-->	CAEEEA	.524	.404	.622	.001
MSPSSFAM	<-->	MSPSSAMI	.701	.577	.782	.002

Tabla 21. Varianzas de las variables exógenas y de los residuos estructurales y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo final.

Parámetro	Estimación	LI	LS	P
CAEAFN	18.154	14.786	22.185	.001
CAEEVT	16.518	13.248	21.144	.000
CAEEEA	20.099	16.310	25.100	.000
MSPSSFAM	61.137	51.228	71.006	.001
MSPSSAMI	66.142	58.450	75.328	.000
e2	28.425	24.077	35.420	.000
e3	36.196	30.134	44.509	.000
e1	13.324	11.778	16.298	.000
e6	126.192	103.455	156.557	.000

Tabla 22. Proporciones de varianza explicada y sus intervalos de confianza al 90% por BCa del modelo final.

Parámetro	Estimación	LI	LS	P
CAEBAS	.296	.180	.377	.005
CAERLG	.070	.011	.179	.001
CAEREP	.355	.232	.437	.008
SUMICPT	.336	.227	.426	.003

El modelo final explica un 33.6% de la varianza (Tabla 22) donde los principales predictores del CPT fueron el apoyo social de los amigos seguido de la influencia de EEA, AFN, EVT, el apoyo de la familia, RLG y BAS hacia REP. De esta manera se puede observar que el CPT se explica por tres vías. La primera de ellas y la más fuerte por el apoyo de los amigos; la segunda por el efecto indirecto del apoyo de la familia y amigos a través de BAS, RLG y REP y como tercera la EEA, EVT y AFN a través de REP.

En cuanto a los efectos indirectos estandarizados de las variables de apoyo de la familia ( $\beta = .028$ ;  $p = .020$ ), apoyo de los amigos ( $\beta = .030$ ;  $p = .033$ ), EEA ( $\beta = .095$ ;  $p = .001$ ), EVT ( $\beta = .065$ ;  $p = .032$ ), BAS ( $\beta = .122$ ;  $p = .001$ ) y RLG ( $\beta = .100$ ;  $p = .001$ ) sobre el crecimiento postraumático, estos resultaron bajos pero significativos ( $p < .05$ ).

Tabla 23. Índices de ajuste para los modelos estimados.

Índices de ajuste absoluto, incremento y parsimonia	Modelo Hipotético	Modelo 2	Modelo 3	Modelo Final
$\chi^2$	116.188	40.522	28.110	28.689
GI	31	21	21	22
P	< .001	.006	.137	.154
$\chi^2/df$	3.748	1.930	1.339	1.304
GFI	.886	.940	.957	.956
AGFI	.713	.871	.907	.910
PGFI	.352	.439	.446	.467
RMSEA (IC 90%)	.145 (117 - 173)	.084 (.044 - .123)	.051 (0 - .095)	.048 (0 - .093)
PCLOSE	< .001	.076	.451	.487
SRMR	.1047	.0714	.0666	.0640
NFI	.808	.883	.919	.917
IFI	.852	.940	.978	.979
TLI	.664	.892	.961	.965

<b>CFI</b>	.842	.937	.977	.978
<b>Parsimonia (PR)</b>	.470	.587	.583	.611
<b>PNFI</b>	.380	.515	.536	.560
<b>PCFI</b>	.395	.547	.570	.598

---

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las CC son consideradas una de las principales causas de muerte infantil a nivel mundial (Zimmerman et al., 2020), por lo que los padres de pacientes pediátricos con CC suelen presentar sintomatología de EPT en diferentes momentos del padecimiento, como el diagnóstico y las hospitalizaciones (Jones et al., 2024). Estos padres pueden desarrollar CPT, siendo elementos claves para ello las estrategias de afrontamiento y el apoyo social que perciben (Henson et al., 2021).

Por lo anterior, podemos recordar que el presente estudio tuvo como objetivo identificar los predictores del crecimiento postraumático a través de las estrategias de afrontamiento al estrés, los síntomas de estrés postraumático y el apoyo social en padres de pacientes pediátricos con algún diagnóstico de cardiopatía congénita.

Los padres de pacientes pediátricos con CC, de acuerdo con los resultados, presentan un CPT y una sintomatología de EPT moderada. Casey et al. (2024), en un estudio realizado en padres de bebés con diagnóstico de CC, encontraron que los padres, como consecuencia del estrés parental que presentaban, desarrollaron un CPT moderado, coincidiendo con nuestros resultados ya que se empleó una versión de 14 ítems del Inventario de Crecimiento Postraumático (Quezada & González, 2020)

En cuestión al EPT se han encontrado diversos niveles en padres de pacientes con CC u otras enfermedades críticas, como en el estudio realizado por Davey et al. (2023), donde mencionan que madres de bebés con CC llegan a experimentar una alta sintomatología de EPT, resaltando que las madres que no logran adaptarse al diagnóstico suelen presentar el EPT más alto. Sin embargo, en un estudio dónde se

evaluaron a padres de pacientes con enfermedades críticas, se encontró que la mayoría presentaban de alto a moderado CPT y moderada sintomatología de EPT (Yagiela et al., 2022), coincidiendo parcialmente con los presentes resultados.

Los padres de pacientes con CC suelen utilizar más estrategias de afrontamiento adaptativas, como lo son el afrontamiento enfocado en el problema y el enfocado en la emoción (Casey et al., 2024). Coincidiendo parcialmente, los resultados mostraron que los padres suelen Reevaluar Positivamente, Focalizarse en Solucionar el problema y el uso de la Religión. Por el contrario, en pocas ocasiones recurrieron a la Autofocalización Negativa, la Evitación y la Búsqueda de Apoyo Social.

En otro estudio, resaltan que a pesar de que el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas se ha identificado como el más frecuente, se ha resaltado que la búsqueda de apoyo social ha sido baja, en cambio el uso de la religión suele ser una estrategia de las más frecuentes entre los padres de bebés con CC (Eraslan & Tak, 2021).

Sin embargo, a pesar de que los padres no busquen apoyo social, Oden y Cam (2021), mencionan que llegan a percibir un gran apoyo social de su familia y amigos, coincidiendo con nuestra evidencia en la cual los padres perciben un gran apoyo social, sobre todo de sus familiares y amigos. Además, se ha encontrado en estudios que los padres de niños con complicaciones, como el autismo (Feng et al., 2021), suelen presentar un Apoyo Social moderado.

Al evaluarse las relaciones de las variables del estudio se encontró que los padres entre mayor CPT presentan son más Focalizados en la Solución de Problemas,

Reevalúan más positivamente, Buscan más apoyo social, recurren más a la Religión y perciben más apoyo social tanto de su familia, amigos y de otras personas significativas. Sin embargo, entre más síntomas de EPT presentan, menor es su CPT.

El uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas y activas suele asociarse positivamente con un CPT mayor (Peters et al., 2021). Esta interacción coincide en los padres de pacientes pediátricos con CC, ya que a mayor CPT se ha encontrado un mayor uso de estrategias de afrontamiento positivas (Casey et al., 2024), coincidiendo con los resultados. Lo anterior sucede debido a que, como lo explican Henson et al. (2021), el uso de estrategias de afrontamiento positivas, como lo es la reevaluación positiva, lleva a las personas a interpretar los eventos estresantes de una manera más positiva, encaminando a las personas a generar cambios positivos.

Peters et al. (2021), resaltan que, a pesar de la característica de la interacción entre el CPT y las estrategias de afrontamiento positivas, las estrategias de afrontamiento negativas no suelen presentar una correlación negativa con el CPT, pero sí se relacionan con los síntomas de EPT positivamente. El uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas en padres de niños con CC, de igual manera, tampoco se relaciona con CPT (Casey et al., 2024), coincidiendo la tabla de correlaciones. Lo cual como explican Zięba et al. (2022), al ser el CPT un proceso adaptativo derivado de una situación traumática, el afrontamiento positivo es la vía que se ha observado como más favorecedora para este proceso. Sin embargo, no se descarta que distintas estrategias de afrontamiento puedan favorecer de diversas formas al CPT.

La relación entre el CPT y el EPT es compleja, ya que a pesar de correlacionar con variables similares y tener predictores similares, ambas funcionan de distinta manera (David et al., 2022). Además, se ha encontrado que las características culturales de la muestra, la gravedad y tipo de evento traumático, pueden determinar si existe o no una relación entre ambas variables (Peters et al., 2021). En padres de niños que estuvieron en cuidados intensivos se observa que mayormente existe una relación positiva entre el CPT y el EPT (O'Toole et al., 2022). Sin embargo, los resultados del presente estudio mostraron una relación negativa en los padres de pacientes con CC, esto puede deberse a que, como explican Fletcher et al. (2023), un patrón correlacional de EPT bajo y CPT alto, se asocia a la presencia de apoyo social.

La percepción de las personas ante el apoyo de las personas cercanas se relaciona con el crecimiento (Peters et al., 2021). En nuestros resultados se reflejó una relación positiva entre el CPT y el apoyo social percibido en todas sus dimensiones, sobre todo en los amigos. Coincidiendo con esto, Xiong et al. (2021), encontraron que en padres de niños con trastornos intelectuales y del desarrollo, el apoyo social actuaba como un factor protector al correlacionarse negativamente con el EPT y positivamente con el CPT.

Siguiendo con el tercer objetivo del presente trabajo, se estimó el modelo estructural para explicar el CPT en los padres de pacientes pediátricos con CC. El modelo final resultante explica el crecimiento a través de dos vías: la principal, y la más fuerte, es a través del apoyo social percibido de los amigos; siendo la segunda vía a través de las estrategias de afrontamiento BAS, Religión, el apoyo de familia y amigos a través de la REP.

En este sentido, de acuerdo con Henson et al. (2021) el CPT es promovido por diversos factores, como compartir emociones negativas con otros, el uso de estrategias de afrontamiento positivas, y, como factor mediador, el apoyo social.

La expresión emocional abierta de acuerdo con el CAE considera únicamente emociones negativas como la ira, hostilidad, irritabilidad, agresión e insultos a otros. De lo anterior que el expresar las emociones negativas promueve altos niveles de CPT debido a que favorece el procesamiento cognitivo (como la rumiación deliberada) ayudando a normalizar la situación individual y los sentimientos sobre la experiencia, dando como resultado una REP (Dirik & Göcek-Yorulmaz's, 2018; Saltzman et al., 2018).

La evitación como estrategia de afrontamiento tiende a reducir la angustia en las personas y evitar pensamientos abrumadores, esta estrategia en conjunto con estrategias relacionadas a la aproximación, predicen el CPT, ya que como explica Henson et al. (2021), el uso flexible entre las estrategias de afrontamiento permite a las personas procesar el trauma y promover el CPT. Además, en padres de pacientes de niños en la Unidad de Cuidados Intensivos, se ha encontrado que la evitación promueve el CPT, debido a que el evitar pensamientos angustiantes, como los relacionados a la muerte, favorece un afrontamiento más efectivo (Lynkins et al., 2007 citado en O'Toole et al., 2022).

Al atravesar una situación difícil, las personas llegan a percibir malestar emocional, lo que los puede llevar a tener una AFN. De esta manera, el tener un enfoque negativo (AFN), conduce a las personas a buscar desconectar de ese malestar a través de la EVT (Zacher & Rudolph, 2021). Se ha encontrado que la AFN, como el sentir

vergüenza, lleva a las personas a expresar su enfoque negativo de una manera desadaptativa, como lo es la EEA, provocando que no tengan una buena regulación emocional interpersonal (Swerdlow et al., 2023).

La reevaluación positiva (variable mediadora) es una estrategia de afrontamiento considerada como adaptativa que es parte del desarrollo de CPT, debido a que se ha visto que tratar de obtener algo positivo de las experiencias estresantes puede promover CPT de manera directa o como consecuencia de una rumiación deliberada (Cárdenas et al., 2019). Esta estrategia de afrontamiento implica el intento del individuo de interpretar los acontecimientos negativos de una manera más positiva que, en consecuencia, puede generar cambios positivos (Henson et al., 2021).

El sentido de pertenencia a un grupo, conformado por el apoyo social percibido, se ha visto como un factor que promueve la búsqueda de apoyo social en las personas, que como consecuencia favorece al desarrollo de niveles de CPT altos (Armstrong et al., 2014). De igual manera, el que las personas busquen apoyo en grupos religiosos y se sientan parte de ellos, les permite adaptarse de mejor manera a la dificultad que atraviesan, ya que pueden llegar a reevaluar la situación para darle un sentido positivo (Toledo et al., 2021).

Si bien diversas dimensiones del apoyo social percibido se relacionan al CPT, se ha encontrado que solo el Apoyo social percibido en los amigos puede contribuir de manera individual al CPT en las personas (Hasson-Ohayon et al., 2016). En este sentido, cuando las personas experimentan alguna situación angustiante suelen buscar apoyo para enfrentar emociones profundas como el dolor y la tristeza en ambientes de

confianza, comodidad y donde se tengan menos expectativas de fortaleza, siendo el apoyo social de los amigos el que puede brindar las condiciones para que haya una mayor expresión y ser un recurso importante cuando la familia misma está lidiando con la misma situación (Döveling, 2015; Hakulinen et al., 2016). Así, el tener una red de apoyo contribuye a que la persona pueda a travesar sus experiencias individuales y las relacionadas al trauma, ya que promueve el procesamiento cognitivo para normalizar la situación y los sentimientos favoreciendo el CPT (Palmer et al, 2016).

### **5.1 Recomendaciones para Futuros Estudios**

Considerando las limitaciones que se presentaron en la realización del trabajo, se harán recomendaciones a considerar para futuros estudios. Una de las principales limitaciones que se presentaron fue el uso de un muestreo por conveniencia, ya que, como mencionan Otzen y Manterola (2017), reduce la probabilidad de obtener resultados representativos de una muestra, por lo que se recomendaría el uso de un muestreo aleatorio. Además, se puede destacar que la muestra fue conformada mayormente por mujeres, lo cual consistió en otra limitación en el trabajo. Por lo anterior, se recomienda la búsqueda de una muestra conformada por mujeres y hombres, en partes proporcionales, ya que los padres y madres de niños con CC suelen utilizar distintas estrategias de afrontamiento (Demianczyk et al., 2022), siendo importante seguir realizando trabajos comparando las estrategias de afrontamiento utilizadas por grupos y su influencia en el CPT.

De igual forma, debido a la dificultad de acceso a la muestra no se pudo acceder al historial médico de los hijos de los participantes, lo cual podría brindar información

importante como el tipo de CC, el número de procedimientos médicos, entre otros. Esta información se ha visto que ha sido importante porque se ha observado un mayor estrés parental en padres de niños con cardiopatías complejas en comparación con los que tienen niños con cardiopatía simples (Case et al., 2024). Además, se recomendaría evaluar en los padres la severidad subjetiva de la enfermedad de sus hijos, considerando que Feng et al. (2022) han resaltado que la percepción de los padres en la severidad de los síntomas de sus hijos puede ser un predictor del CPT teniendo como variable mediadora el apoyo social.

El tiempo desde el diagnóstico no se tomó en cuenta como variable de este estudio. Los acontecimientos estresantes, como la enfermedad de un hijo, suelen consistir en múltiples situaciones que pueden influir en las personas de forma distinta, desde antes del evento vital hasta mucho tiempo después, por lo que la evaluación del tiempo suele volverse una dificultad en investigaciones sobre el CPT (Jayawickreme et al., 2020). Sin embargo, se recomendaría incluirlo en futuros trabajos, ya que algunas investigaciones han resaltado que puede llegar a ser relevante para facilitar el CPT (Tedeschi et al., 2018).

El EPT se ha encontrado en otros modelos que puede llegar a tener un efecto mediador para el desarrollo del CPT (Collazo-Castiñeira et al., 2022). Sin embargo, a pesar de haber una correlación negativa entre el CPT y el EPT, en el modelo final, el EPT no resultó predictor del crecimiento. Por lo anterior, sería interesante realizar más trabajos sobre la relación entre el CPT y el EPT en padres de CC para conocer si al incluir otras variables, como la resiliencia, el EPT forma parte de un modelo predictor del CPT.

## 5.2 Implicaciones del Modelo

Se ha encontrado en la actualidad que la mayoría de los programas de intervención cognitivos y psicológicos que buscan promover el CPT, no se desarrollan en base a modelos teóricos relacionados al CPT. De esta manera, Bae et al. (2023), recomiendan examinar las vías que promueven el CPT, para así desarrollar programas efectivos basados en teorías del CPT. Tomando en cuenta lo anterior, en el presente trabajo se utilizó de base una teoría de CPT, que dio como resultado un modelo que explica el crecimiento a través de dos vías: la principal, y la más fuerte, es a través del apoyo social percibido de los amigos; siendo la segunda vía a través de las estrategias de afrontamiento BAS, Religión, el apoyo de familia y amigos a través de la REP.

Recientemente, intervenciones basadas en resultados similares al presente estudio desarrollaron un programa basado en el modelo de CPT, donde su objetivo principal fue facilitar la rumia deliberada, promoviendo el CPT en mujeres con cáncer de mama, siendo los componentes principales del programa el aumento de la autorrevelación y el apoyo social. De esta manera, se buscaba que a través del manejo adecuado de estrategias de afrontamiento desadaptativas (evitación, expresión emocional abierta y la autofocalización negativa), las personas logran Reevaluar Positivamente la situación, en conjunto con el apoyo social (Bae et al., 2023).

Por lo anterior, un abordaje adecuado de las estrategias de afrontamiento desadaptativas dará paso a componentes más positivos, los cuales en conjunto con el apoyo social de los padres de niños con CC, resultarán en un mayor bienestar y mejora de su calidad de vida.

### **5.3 Conclusiones**

En relación con los datos obtenidos en el presente trabajo, podemos concluir que los padres de pacientes pediátricos con CC presentan un moderado CPT, el cual es promovido por dos vías principales: la principal, y la más fuerte, es a través del apoyo social percibido de los amigos; siendo la segunda vía a través de las estrategias de afrontamiento BAS, Religión, el apoyo de familia y amigos a través de la REP. Así, el expresar sus emociones abiertamente, tener un enfoque negativo, y emplear la evitación, son estrategias de afrontamiento que interactúan entre sí, las cuales contribuyen a que reevalúen positivamente los eventos relacionados a la CC de sus hijos. Por otra parte, el apoyo de los amigos es un factor importante para el desarrollo del CPT, ya que contribuye directamente al CPT e influye en la reevaluación positiva de la enfermedad del hijo.

Por lo anterior, estos resultados se vuelven importantes para la creación de protocolos de intervención clínicos para padres de pacientes con CC enfocados en favorecer el CPT a través de la adaptación de las estrategias de afrontamiento ante las dificultades que enfrentan y el apoyo social percibido.

## 6. REFERENCIAS

- Adhikari Baral, I., & KC, B. (2019). Post traumatic stress disorder and coping strategies among adult survivors of earthquake, Nepal. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2090-y>
- Aftyka, A., Rozalska, I., & Milanowska, J. (2020). Is post-traumatic growth possible in the parents of former patients of neonatal intensive care units? *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 27(1), 106-112. <https://doi.org/10.26444/aaem/105800>
- Ahmad, F., Othman, N., & Lou, W. (2020). Posttraumatic stress disorder, social support and coping among Afghan refugees in Canada. *Community mental health journal*, 56, 597-605. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00518-1>
- 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. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12032>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III)*. Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)*. Editorial Medica Panamericana.
- Bae, K. R., So, W. Y., & Jang, S. (2023). Effects of a post-traumatic growth program on young Korean breast cancer survivors. *Healthcare*, 11(1), 140. <https://doi.org/10.3390/healthcare11010140>

- Báguena, M. J., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C., & Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R). *Análisis Modificación Conducta*, 27(114), 581-604. [https://www.researchgate.net/profile/Amelia-Diaz-Martinez/publication/39148561\\_Propiedades\\_psicometricas\\_de\\_la\\_version\\_espanola\\_de\\_la\\_escal\\_a\\_revisada\\_de\\_impacto\\_del\\_estresor\\_eie-r/links/0046352b17d6693680000000/Propiedades-psicometricas-de-la-version-espanola-de-la-escala-revisada-de-impacto-del-estresor-eie-r.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Amelia-Diaz-Martinez/publication/39148561_Propiedades_psicometricas_de_la_version_espanola_de_la_escal_a_revisada_de_impacto_del_estresor_eie-r/links/0046352b17d6693680000000/Propiedades-psicometricas-de-la-version-espanola-de-la-escala-revisada-de-impacto-del-estresor-eie-r.pdf)
- Bainton, J., Trachtenberg, F., McCrindle, B. W., Wang, K., Boruta, R., Brosig, C. L., Egerson, D., Sood, E., Calderon, J., Doman, T., Golub, K., Graham, A., Haas, K., Hamstra, M., Lindauer, B., Sylvester, D., Woodard, F., Young-Borkowski, L., & Mussatto, K. A. (2023). Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder in parents whose infants have single ventricle heart disease. *Cardiology in the Young*, 33(11), 2171–2180. <https://doi.org/10.1017/S1047951122004012>
- Biber, S., Andonian, C., Beckmann, J., Ewert, P., Freiling, S., Nagdyman, N., Kaemmerer, H., Oberhoffer, R., Pieper, L., & Neidenbach, R. C. (2019). Current research status on the psychological situation of parents of children with congenital heart disease. *Cardiovascular diagnosis and therapy*, 9(2), 369-376. <https://doi.org/10.21037/cdt.2019.07.07>
- Bishop, M. N., Gise, J. E., Donati, M. R., Shneider, C. E., Aylward, B. S., & Cohen, L. L. (2019). Parenting stress, sleep, and psychological adjustment in parents of infants and toddlers with congenital heart disease. *Journal of pediatric psychology*, 44(8),

980-987. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz026>

Bisson Desrochers, A., Rouleau, I., Angehrn, A., Vasiliadis, H. M., Saumier, D., & Brunet, A. (2021). Trauma on duty: Cognitive functioning in police officers with and without posttraumatic stress disorder (PTSD). *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1959117. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1959117>

Calhoun, C. D., Stone, K. J., Cobb, A. R., Patterson, M. W., Danielson, C. K., & Bendezú, J. J. (2022). The Role of Social Support in Coping with Psychological Trauma: An Integrated Biopsychosocial Model for Posttraumatic Stress Recovery. *Psychiatric Quarterly*, 93(4), 949-970. <https://doi.org/10.1002/9781118270028.ch1>

Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. In T. Weiss & R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 1–14). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118270028.ch1>

Cárdenas Castro, M., Arnosó Martínez, M., & Faúndez Abarca, X. (2019). Deliberate rumination and positive reappraisal as serial mediators between life impact and posttraumatic growth in victims of state terrorism in Chile (1973-1990). *Journal of interpersonal violence*, 34(3), 545-561. <https://doi.org/10.1177/0886260516642294>

Carmassi, C., Corsi, M., Bertelloni, C. A., Pedrinelli, V., Massimetti, G., Peroni, D. G., Bonuccelli, A., Orsini, A., & Dell'Osso, L. (2019). Post-traumatic stress and major depressive disorders in parent caregivers of children with a chronic disorder. *Psychiatry research*, 279, 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.062>

- Carmassi, C., Corsi, M., Bertelloni, C. A., Pedrinelli, V., Massimetti, G., Peroni, D., Bonuccelli, A., Orsini, A., & Dell’Osso, L. (2020). Post-traumatic stress spectrum symptoms in parents of children affected by epilepsy: Gender differences. *Seizure*, *80*, 169-174. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2020.06.021>
- Carmassi, C., Dell’Oste, V., Foghi, C., Bertelloni, C. A., Conti, E., Calderoni, S., Battini, R., & Dell’Osso, L. (2021). Post-traumatic stress reactions in caregivers of children and adolescents/young adults with severe diseases: A systematic review of risk and protective factors. *International journal of environmental research and public health*, *18*(1), e189. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010189>
- Casey, T., Matthews, C., Lavelle, M., Kenny, D., & Hevey, D. (2024). Exploring relationships between parental stress, coping, and psychological outcomes for parents of infants with CHD. *Cardiology in the Young*, 1–12. <https://doi.org/10.1017/S104795112402568X>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cohn, L. N., Pechlivanoglou, P., Lee, Y., Mahant, S., Orkin, J., Marson, A., & Cohen, E. (2020). Health outcomes of parents of children with chronic illness: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of pediatrics*, *218*, 166-177. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.10.068>
- Collazo-Castiñeira, P., Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2022).

Prediction of post-traumatic growth in the face of the COVID-19 crisis based on resilience, post-traumatic stress and social participation: A longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 13, 985879.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.985879>

Davey, B. T., Lee, J. H., Manchester, A., Gunnlaugsson, S., Ohannessian, C. M., Rodrigues, R., & Popp, J. (2023). Maternal reaction and psychological coping after diagnosis of congenital heart disease. *Maternal and Child Health Journal*, 27(4), 671-679.  
<https://doi.org/10.1007/s10995-023-03599-3>

David, G., Shakespeare-Finch, J., & Krosch, D. (2022). Testing theoretical predictors of posttraumatic growth and posttraumatic stress symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(3), 399–409.  
<https://doi.org/10.1037/tra0000777>

Dellborg, M., Giang, K. W., Eriksson, P., Liden, H., Fedchenko, M., Ahnfelt, A., Rosengren, A., & Mandalenakis, Z. (2023). Adults with congenital heart disease: trends in event-free survival past middle age. *Circulation*, 147(12), 930-938.  
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.060834>

Demianczyk, A. C., Driscoll, C. F., Karpyn, A., Shillingford, A., Kazak, A. E., & Sood, E. (2022). Coping strategies used by mothers and fathers following diagnosis of congenital heart disease. *Child: Care, Health and Development*, 48(1), 129-138.  
<https://doi.org/10.1111/cch.12913>

Dirik, G., & Göcek-Yorulmaz, E. (2018). Positive sides of the disease: Posttraumatic growth

in adults with type 2 diabetes. *Behavioral Medicine*, 44(1), 1-10.  
<https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1173635>

Domínguez-Reyes, M. Y., & Torres-Rodríguez, I. L. (2021). Experiencias materno-paternas en el afrontamiento a la cardiopatía congénita infantil. *Gaceta Médica Espirituana*, 23(3), 50-61. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1608-89212021000300050&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1608-89212021000300050&script=sci_arttext&tlng=en)

Döveling, K. (2014). Emotion regulation in bereavement: searching for and finding emotional support in social network sites. *New Review of Hypermedia and Multimedia*, 21(1–2), 106–122. <https://doi.org/10.1080/13614568.2014.983558>

Ebrahim, M. T., & Alothman, A. A. (2021). Resilience and social support as predictors of post-traumatic growth in mothers of children with autism spectrum disorder in Saudi Arabia. *Research in Developmental Disabilities*, 113, 103943. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.103943>

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

Eraslan, P., & Tak, S. (2021). Coping strategies and relation with depression levels of mothers of children with congenital heart diseases. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 12(4), 391-397. <https://doi.org/10.18663/tjcl.973367>

Feng, Y., Zhou, X., Liu, Q., Deng, T., Qin, X., Chen, B., & Zhang, L. (2022). Symptom severity and posttraumatic growth in parents of children with autism spectrum disorder: The moderating role of social support. *Autism Research*, 15(4), 602-613.

<https://doi.org/10.1002/aur.2673>

Fletcher, S., Mitchell, S., Curran, D., Armour, C., & Hanna, D. (2023). Empirically derived patterns of posttraumatic stress and growth: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(5), 3132-3150. <https://doi.org/10.1177/15248380221129580>

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, Positive Emotion, and Coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 115-118. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00073>

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571.

García, F. E., Rivera, C., & Garabito, S. R. (2022). Posttraumatic growth in Latin America: What is it, what is known and what is its usefulness? En C. H. García-Cadena (ed.), *Research on Hispanic psychology* (Vol. 2). Nova.

Gersons, B. P., & Carlier, I. V. (1992). Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept. *The British Journal of Psychiatry*, 161(6), 742-748. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.6.742>

Gil-González, I., Pérez-San-Gregorio, M. Á., Conrad, R., & Martín-Rodríguez, A. (2022). Beyond the Boundaries of Disease-Significant Post-traumatic Growth in Multiple

- Sclerosis Patients and Caregivers. *Frontiers in Psychology*, 13, e903508.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.903508>
- Golfenshtein, N., Hanlon, A. L., Lozano, A. J., Srulovici, E., Lisanti, A. J., Cui, N., & Medoff-Cooper, B. (2021). Parental Post-traumatic stress and healthcare use in infants with complex cardiac defects. *The Journal of pediatrics*, 238, 241-248.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.06.073>
- Golfenshtein, N., Lisanti, A. J., Cui, N., & Cooper, B. M. (2022). Predictors of Post-traumatic stress symptomology in parents of infants with Congenital Heart Disease post-surgery and after four months. *Journal of pediatric nursing*, 62, 17-22.  
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.11.013>
- Gul, E., & Karanci, A. N. (2017). What determines posttraumatic stress and growth following various traumatic events? A study in a Turkish community sample. *Journal of traumatic stress*, 30(1), 54-62. <https://doi.org/10.1002/jts.22161>
- Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Jokela, M., Ferrie, J.E. Aalto, A. Kivimäki, M., Vahtera, J., & Elovainio, M. (2016). Structural and functional aspects of social support as predictors of mental and physical health trajectories: Whitehall II cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(7), 710-715.  
<https://doi.org/10.1136/jech-2015-206165>
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*, 9(9), 5212.  
<http://dx.doi.org/10.19082/5212>

- Harlan, E. A., Miller, J., Costa, D. K., Fagerlin, A., Iwashyna, T. J., Chen, E. P., Lipman, K., & Valley, T. S. (2020). Emotional experiences and coping strategies of family members of critically ill patients. *Chest*, 158(4), 1464-1472. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.535>
- Hasson-Ohayon, I., Tuval-Mashiach, R., Goldzweig, G., Levi, R., Pizem, N., & Kaufman, B. (2016). The need for friendships and information: Dimensions of social support and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Palliative and Supportive Care*, 14(4), 387–392. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001042>
- Henson, C., Truchot, D., & Canevello, A. (2021). What promotes post traumatic growth? A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), e100195. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100195>
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine*, 41(3), 209-218. [https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/abstract/1979/05000/impact\\_of\\_event\\_scale\\_a\\_measure\\_of\\_subjective.4.aspx](https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/abstract/1979/05000/impact_of_event_scale_a_measure_of_subjective.4.aspx)
- Jackson, A. C., Frydenberg, E., Koey, X. M., Fernandez, A., Higgins, R. O., Stanley, T., Liang, R. P. T., Le Grande, M. R., & Murphy, B. M. (2020). Enhancing parental coping with a child's heart condition: A co-production pilot study. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 43(4), 314-333. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1671915>
- Jayawickreme, E., Infurna, F. J., Alajak, K., Blackie, L. E., Chopik, W. J., Chung, J. M., Dorfman, A., Fleeson, W., Forgeard, M. J. C., Frazier, P., Furr, R. M., Grossmann, I.,

- Heller, A. S., Laceulle, O. M., Lucas, R. E., Luhmann, M., Luong, G., Meijer, L., McLean, K. C., ... & Zonneveld, R. (2020). Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of personality*, 89(1), 145-165. <https://doi.org/10.1111/jopy.12591>
- Jones, M. B., Cameron, V. K., Lee, S., & McNelis, A. M. (2024). Traumatic stress in parents of children with congenital heart disease: a scoping review. *Cardiology in the Young*, 1-14. <https://doi.org/10.1017/S1047951124025332>
- Kim, E., & Bae, S. (2019). Gratitude moderates the mediating effect of deliberate rumination on the relationship between intrusive rumination and post-traumatic growth. *Frontiers in Psychology*, 10, e2665. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02665>
- Kolaitis, G. A., Meentken, M. G., & Utens, E. M. (2017). Mental health problems in parents of children with congenital heart disease. *Frontiers in pediatrics*, 5, 102. <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00102>
- Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad estrés*, 173-182. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-19252>
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced nursing*, 25(1), 95-100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>
- Laurent, A., Fournier, A., Lheureux, F., Poujol, A. L., Deltour, V., Ecartot, F., Meunier-Beillard, N., Louiseau, M., Binquet, C., & Quenot, J. P. (2022). Risk and protective

factors for the possible development of post-traumatic stress disorder among intensive care professionals in France during the first peak of the COVID-19 epidemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2011603. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2011603>

Lazarus R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44, 1–21. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Levine, P. A. (2015). *Trauma and memory: Brain and body in a search for the living past: A practical guide for understanding and working with traumatic memory*. North Atlantic Books.

Lisanti, A. J., Golfenshtein, N., Min, J., & Medoff-Cooper, B. (2023). Early growth trajectory is associated with psychological stress in parents of infants with congenital heart disease, but moderated by quality of partner relationship. *Journal of Pediatric Nursing*, 69, 93-100. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.12.016>

Lisanti, A. J., Kumar, A., Quinn, R., Chittams, J. L., Medoff-Cooper, B., & Demianczyk, A. C. (2021). Role alteration predicts anxiety and depressive symptoms in parents of infants with congenital heart disease: A pilot study. *Cardiology in the Young*, 31(11), 1842-1849. <https://doi.org/10.1017/S1047951121001037>

Liu, Y., Chen, S., Zühlke, L., Black, G. C., Choy, M. K., Li, N., & Keavney, B. D. (2019). Global

- birth prevalence of congenital heart defects 1970–2017: updated systematic review and meta-analysis of 260 studies. *International journal of epidemiology*, 48(2), 455-463. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz009>
- Lumsden, M. R., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2019). Coping in parents of children with congenital heart disease: a systematic review and meta-synthesis. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 1736-1753. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01406-8>
- Mandalenakis, Z., Giang, K. W., Eriksson, P., Liden, H., Synnergren, M., Wåhlander, H., Fedchenko, M., Rosengren, A., ... & Dellborg, M. (2020). Survival in children with congenital heart disease: have we reached a peak at 97%? *Journal of the American Heart Association*, 9(22), e017704. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.017704>
- McWhorter, L. G., Christofferson, J., Neely, T., Hildenbrand, A. K., Alderfer, M. A., Randall, A., Kazak, A. E., & Sood, E. (2022). Parental post-traumatic stress, overprotective parenting, and emotional and behavioral problems for children with critical congenital heart disease. *Cardiology in the Young*, 32(5), 738-745. <https://doi.org/10.1017/S1047951121002912>
- Memel, M., Lynch, K., Lafleche, G., & Verfaellie, M. (2021). Autobiographical recall of a stressful negative event in veterans with PTSD. *Memory*, 29(6), 719-728. <https://doi.org/10.1080/09658211.2021.1940204>
- Micheletti, A. (2019). Congenital Heart Disease Classification, Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Outcome. En S. Flocco, A. Lillo, F. Dellafiore, E. Goossens (Eds.) *Congenital Heart Disease: the nursing care handbook* (1 ed., pp. 1-67). Springer,

Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-78423-6\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-78423-6_1)

Mitchell, S. C., Korones, S. B., & Berendes, H. W. (1971). Congenital heart disease in 56,109 births incidence and natural history. *Circulation*, 43(3), 323-332. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.43.3.323>

Moos, R. H. (1992). Stress and Coping Theory and Evaluation Research: An Integrated Perspective. *Evaluation Review*, 16(5), 534-553. <https://doi.org/10.1177/0193841X9201600505>

Moral J. (2006). Análisis factorial confirmatorio. En: R. Landero & M.T. González\_(Eds). *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 445-528). Trillas.

National Heart, Lung, and Blood Institute (24 de marzo de 2022). *Congenital heart defects. What are Congenital Heart Defects?* <https://www.nhlbi.nih.gov/health/congenital-heart-defects>

Nayeri, N. D., Roddehghan, Z., Mahmoodi, F., & Mahmoodi, P. (2021). Being parent of a child with congenital heart disease, what does it mean? A qualitative research. *bmc Psychology*, 9, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00539-0>

Ning, J., Tang, X., Shi, H., Yao, D., Zhao, Z., & Li, J. (2023). Social support and posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 320, 117–132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.114>

Nouzari, R., Najafi, S. S., & Momennasab, M. (2019). Post-Traumatic Growth among Family Caregivers of Cancer Patients and Its Association with Social Support and Hope. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(4), 319–

328. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.73959.0>

O'Toole, S., Suarez, C., Adair, P., McAleese, A., Willis, S., & McCormack, D. (2022). A systematic review of the factors associated with post-traumatic growth in parents following admission of their child to the intensive care unit. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 29(3), 509-537. <https://doi.org/10.1007/s10880-022-09880-x>

Oden, T. N., & Cam, R. (2021). The relationship between hopelessness and perceived social support levels of parents with children with congenital heart disease. *Medical Science and Discovery*, 8(11), 655-661. <https://doi.org/10.36472/msd.v8i11.625>

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Palmer, E., Murphy, D., & Spencer-Harper, L. (2017). Experience of post-traumatic growth in UK veterans with PTSD: A qualitative study. *BMJ Military Health*, 163(3), 171-176. <https://doi.org/10.1136/jramc-2015-000607>

Paykani, T., Zimet, G. D., Esmaeili, R., Khajedaluae, A. R., & Khajedaluae, M. (2020). Perceived social support and compliance with stay-at-home orders during the COVID-19 outbreak: evidence from Iran. *BMC Public Health*, 20, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09759-2>

Petzold, M., & Bunzeck, N. (2022). Impaired episodic memory in PTSD patients—A meta-analysis of 47 studies. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 909442.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.909442>

Pinquart, M. (2019). Posttraumatic stress symptoms and disorders in parents of children and adolescents with chronic physical illnesses: a meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, 32(1), 88-96. <https://doi.org/10.1002/jts.22354>

Quezada-Berumen, L., & González-Ramírez, M. T. (2020). Propiedades psicométricas del inventario de crecimiento postraumático en población mexicana. *Acción Psicológica*, 17(1), 13-28. <https://doi.org/10.5944/17.1.25736>

Roberts, S. D., Kazazian, V., Ford, M. K., Marini, D., Miller, S. P., Chau, V., Seed, M., Ly, L. G., Williams, T. S., & Sananes, R. (2021). The association between parent stress, coping and mental health, and neurodevelopmental outcomes of infants with congenital heart disease. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(5), 948-972. <https://doi.org/10.1080/13854046.2021.1896037>

Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. En H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 3, pp. 535–544). Academic Press.

Rodríguez-Rey, R., & Alonso-Tapia, J. (2019). Predicting posttraumatic growth in mothers and fathers of critically ill children: A longitudinal study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26, 372-381. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9594-3>

Sadler, T. W. (2019). *Embriología médica Langman*. Wolters kluwer.

Saltzman, L. Y., Pat-Horenczyk, R., Lombe, M., Weltman, A., Ziv, Y., McNamara, T., Takeuchi, D., & Brom, D. (2018). Post-combat adaptation: improving social support

and reaching constructive growth. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(4), 418–430.

<https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1454740>

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>

Saxena, A., Relan, J., Agarwal, R., Awasthy, N., Azad, S., Chakrabarty, M., Dagar, K., Devagourou, V., Dharan, B., Gupta, S., Iyer, K., Jayranganath, M., Joshi, R., Kannan, B., Katewa, A., Kohli, V., Kothari, S., Krishnamoorthy, K., Kulkarni, S., ... Vijaykumar, R. (2019). Indian guidelines for indications and timing of intervention for common congenital heart diseases: Revised and updated consensus statement of the Working group on management of congenital heart diseases. *Annals of pediatric cardiology*, 12(3), 254-286. [https://doi.org/10.4103/apc.APC\\_32\\_19](https://doi.org/10.4103/apc.APC_32_19)

Secretaria de Salud. (2022, 14 febrero). *Al año nacen en México entre 12 mil y 16 mil infantes con afecciones cardiacas.* Gobierno de México.

<https://www.gob.mx/salud/prensa/072-al-ano-nacen-en-mexico-entre-12-mil-y-16-mil-infantes-con-afecciones-cardiacas>

Shang, F., Kaniasty, K., Cowlshaw, S., Wade, D., Ma, H., & Forbes, D. (2022). The impact of received social support on posttraumatic growth after disaster: The importance of both support quantity and quality. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(7), 1134–1141. <https://doi.org/10.1037/tra0000541>

Simon, N., Roberts, N. P., Lewis, C. E., van Gelderen, M. J., & Bisson, J. I. (2019).

Associations between perceived social support, posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD): implications for treatment. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1573129.  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1573129>

Sociedad Mexicana de Psicología (2007). Código ético del psicólogo. *Trillas*.

Stephenson, E., & DeLongis, A. (2020). Coping Strategies. En K. Sweeny, M. L. Robbins & L. M. Cohen (Eds.), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, (pp. 55–60). <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch50>

Sun, R., Liu, M., Lu, L., Zheng, Y., & Zhang, P. (2015). Congenital heart disease: causes, diagnosis, symptoms, and treatments. *Cell biochemistry and biophysics*, 72, 857-860.  
<https://doi.org/10.1007/s12013-015-0551-6>

Swerdlow, B. A., Sandel, D. B., & Johnson, S. L. (2023). Shame on me for needing you: A multistudy examination of links between receiving interpersonal emotion regulation and experiencing shame. *Emotion*, 23(3), 737–752. <https://doi.org/10.1037/emo0001109>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9, 455-471.  
<https://doi.org/10.1007/BF02103658>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.  
[https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01)

- Tedeschi, R.G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L.G. (2018). *Posttraumatic Growth: Theory, Research, and Applications* (1st ed.). Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9781315527451>
- Toledo, G., Ochoa, C. Y., & Farias, A. J. (2021). Religion and spirituality: their role in the psychosocial adjustment to breast cancer and subsequent symptom management of adjuvant endocrine therapy. *Support Care Cancer*, 29, 3017-3024.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-020-05722-4>
- Van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7-22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/bvdolk>
- Van der Kolk, B. (2002). Trauma and memory. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(S1), S52-S64. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1998.0520s5S97.x>
- Vasterling, J. J., Grande, L., Graefe, A. C., & Alvarez, J. A. (2019). Neuropsychological assessment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Handbook of medical neuropsychology: Applications of cognitive neuroscience*, 599-619.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-030-14895-9\\_27](https://doi.org/10.1007/978-3-030-14895-9_27)
- Viana Machado, A., Volchan, E., Figueira, I., Aguiar, C., Xavier, M., Souza, G. G., Sobral, A. P., de Oliveira, L., & Mocaiber, I. (2020). Association between habitual use of coping strategies and posttraumatic stress symptoms in a non-clinical sample of college students: A Bayesian approach. *PLoS One*, 15(2), e0228661.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228661>
- Wang, F., Zhang, S., Liu, C., & Ni, Z. (2023). Post-traumatic growth and influencing factors

- among parents of premature infants: a cross-sectional study. *BMC psychology*, 11(1), 388. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01360-7>
- Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 85, 101998. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998>
- Weiss, D. S., & Marmar, Ch. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. En J.P. Wilson y T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). The Guilford Press. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-0-387-70990-1.pdf#page=240>
- Wu, W., He, J., & Shao, X. (2020). Incidence and mortality trend of congenital heart disease at the global, regional, and national level, 1990-2017. *Medicine*, 99(23), e20593. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020593>
- Wu, X., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., & Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 243, 408-415. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.023>
- Xiong, T., McGrath, P. J., Stewart, S. H., Bagnell, A., & Kaltenebach, E. (2022). Risk and protective factors for posttraumatic stress and posttraumatic growth in parents of children with intellectual and developmental disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2087979. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2087979>

- Yagiela, L. M., Edgar, C. M., Harper, F. W., & Meert, K. L. (2022). Parent Posttraumatic Growth After a Child's Critical Illness. *Frontiers in pediatrics*, *10*, e989053. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.989053>
- Yang, F., & Jiang, Y. (2020). Heterogeneous influences of social support on physical and mental health: evidence from China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(18), 6838. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186838>
- Zacher, H. & Rudolph, C. W. (2021). Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, *76*(1). <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000702>
- Zalta, A. K., Tirone, V., Orlowska, D., Blais, R. K., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N. R., Adkins, E., & Dent, A. L. (2021). Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *147*(1), 33–54. <https://doi.org/10.1037/bul0000316>
- Zięba, M., Wiecheć, K., Wójcik, N. E., & Zięba, M. J. (2022). Prioritizing positivity, styles of rumination, coping strategies, and posttraumatic growth: Examining their patterns and correlations in a prospective study. *Frontiers in Psychology*, *13*, 842979. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.842979>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, *52*(1), 30-41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
- Zimmerman, M. S., Smith, A. G. C., Sable, C. A., Echko, M. M., Wilner, L. B., Olsen, H. E.,

Atalay, H. T., Awasthi, A., Bhutta, Z. A., Boucher, J. L., Castro, F., Cortesi, P. A., Dubey, M., Fischer, F., Hamidi, S., Hay, S. I., Hoang, C. L., Hugo-Hamman, C. T., Jenkins, K. J., ... & Kassebaum, N. J. (2020). Global, regional, and national burden of congenital heart disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(3), 185-200.  
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30402-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30402-X)

## 7. ANEXOS

### Anexo 1

#### CONSENTIMIENTO

Mi nombre es Alma Leticia De la Garza Samaniego, soy licenciada en psicología y actualmente me encuentro estudiando la Maestría en Ciencias con orientación en Psicología de la Salud. El propósito de este cuestionario es conocer los diversos aspectos emocionales y conductuales que pueden llegar a enfrentar los padres de pacientes con cardiopatías congénitas, como parte de mi proyecto de tesis. Participar en esta investigación no implica riesgo alguno para ti y puedes abandonar el estudio en cualquier momento. La información que comparta podrá contribuir a mejorar la atención que se brinde a futuros padres que se encuentren en una situación similar. Toda la información es anónima, confidencial y será analizada de forma grupal, así que ningún caso individual podrá ser identificado, por lo que le pido contestar honestamente, ya que no hay respuestas correctas o incorrectas. Si está de acuerdo con participar por favor firme en la siguiente línea:

---

Firma del participante

#### Datos demográficos

1. A continuación, lea detenidamente cada pregunta y seleccione la respuesta con la que más se identifique.

¿Qué relación tiene con su hijo?

Soy la madre       Soy el padre

2. ¿Qué edad tiene usted? \_\_\_\_\_.

3. ¿Cuál es la edad de su hija(o)? \_\_\_\_\_.

2. ¿En qué momento se hizo el diagnóstico?

Antes del nacimiento       Después del nacimiento

3. ¿Qué tipo de tratamiento ha llevado su hija(o)? Puede seleccionar 1 o más opciones.

Cateterismo                       Cirugía                       Medicamento

4. ¿Cuánto tiempo ha pasado en el hospital su hija(o)?

1 semana                       2 a 4 semanas                       Más de 1 mes                       No ha estado en el hospital

5. ¿Su hija(o) tiene diagnóstico de otras alteraciones congénitas?

Sí                       No                       No sé

6. ¿Tiene mascotas en casa?

Sí                       No

7. ¿Qué tipo de mascota tiene?

No tengo mascotas                       Perro                       Gato                       Perro y gato

Otro ¿cuál?: \_\_\_\_\_.

CAE.	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
<b><u>Pensando en el padecimiento de su hija(o)</u></b> por favor indique con qué frecuencia ha realizado las siguientes conductas o pensamientos: _					
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente					
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal					
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema					

4. Descargué mi mal humor con los demás					
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas					
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía					
7. Asistí a la Iglesia					
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados					
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas					
10. Intenté sacar algo positivo del problema					
11. Insulté a ciertas personas					
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema					
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema					
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)					
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo					
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema					
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás					
18. Me comporté de forma hostil con los demás					
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema					
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema					

21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema					
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema					
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación					
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes					
25. Agredí a algunas personas					
26. Procuré no pensar en el problema					
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal					
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación					
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas					
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema					
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»					
32. Me irrité con alguna gente					
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema					
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir					
35. Recé					
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema					
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran					

38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor					
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos					
40. Intenté olvidarme de todo					
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos					
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar					

ICPT	No experimenté este cambio	Muy Poco	Poco	Moderadamente	Mucho	Bastante
Para cada una de las siguientes oraciones, por favor indique hasta qué grado ese cambio ocurrió en su vida <b>como resultado del padecimiento de su hija(o).</b>						
1. Acepto mejor el hecho de necesitar a los demás.						
2. Aprendí mucho sobre lo maravillosa que es la gente.						
3. Tengo más compasión por otros						
4. Pongo más esfuerzo en mis relaciones.						
5. Descubrí que soy más fuerte de lo que pensaba.						
6. Tengo un mayor sentido de cercanía con los demás.						

7. Es más probable que trate de cambiar las cosas que necesitan cambiar.						
8. Valoro más cada día.						
9. Soy más capaz de aceptar la forma en que las cosas funcionan.						
10. Estoy más dispuesto a expresar mis emociones.						
11. Veo más claramente que puedo contar con el apoyo de la gente tiempos difíciles.						
12. Soy capaz de hacer mejores cosas con mi vida.						
13. Siento que puedo manejar mejor las dificultades.						
14. Ahora hay nuevas oportunidades que antes no estaban.						

EIE-R	Para nada	Un poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
A continuación, encontrará varias conductas relacionadas a situaciones estresantes. Lea cada frase y luego indique que tan angustiante ha sido para usted cada conducta durante la última semana <b>con respecto al padecimiento de su hija (o).</b>					
1. Cualquier recuerdo me hacía volver a sentir lo que sentí antes.					

2. Tenía problemas para permanecer dormido.					
3. Otras cosas me hacían pensar en el suceso.					
4. Me sentía irritable y enojado.					
5. Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba lo sucedido.					
6. Pensaba en ello aun cuando no quería.					
7. Sentía como si no hubiese sucedido o no fuese real.					
8. Me mantenía lejos de cualquier cosa que me recordara lo sucedido.					
9. Imágenes del suceso asaltaban mi mente.					
10. Me sobresaltaba y asustaba fácilmente.					
11. Intentaba no pensar en el suceso.					
12. Me daba cuenta de que quedaban muchos sentimientos sin resolver, pero no me enfrentaba a ellos.					
13. Mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos.					
14. Me sentía y comportaba como cuando sucedió el evento.					
15. Tenía problemas para conciliar el sueño.					
16. Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido.					
17. Intentaba apartarlo de mi memoria.					
18. Tenía problemas de concentración.					
19. Cosas que me recordaban lo sucedido me causaban reacciones físicas					

tales como sudoración, problemas para respirar, náusea o latidos cardíacos.					
20. Soñaba con lo sucedido.					
21. Me sentía vigilante y en guardia.					
22. Intentaba no hablar de ello.					

MSPSS	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Neutral	Más bien de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indique su acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:							
1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.							
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.							
3. Mi familia realmente intenta ayudarme.							
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.							
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.							
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme.							
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.							

8. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia.							
9. Tengo amigos con lo que puedo compartir las penas y alegrías.							
10. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.							
11. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.							
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.							