



INVESTIGACIÓN

Disponible en:
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

PERCEPTION OF THE LEVEL OF FAMILY FUNCTIONING IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

¹Diana Marcela Achury-Saldaña

¹Magíster en Enfermería Cardiovascular. Profesor asociado. Facultad de Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia.

Recibido el 10 de noviembre de 2021; aceptado el 31 de enero de 2022

RESUMEN

Introducción: El funcionamiento familiar se entiende como un precursor del autocuidado efectivo; cuando este no es óptimo, el autocuidado puede verse comprometido. Esto hace necesario que el profesional de enfermería realice valoraciones que permitan identificar a aquellas familias que presentan problemas de conflicto con el fin de minimizar el compromiso en la adherencia del paciente.

Objetivo: Describir cómo perciben los pacientes con falla cardíaca el nivel de funcionamiento de su unidad familiar en una institución hospitalaria durante el primer semestre del 2020.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo con un diseño descriptivo de corte transversal. Con un muestreo no probabilístico. Se contó con un tamaño de muestra de 87 participantes, mayores de 18 años, con diagnóstico de falla cardíaca. Para la recolección de información se usó el Apgar familiar. El análisis de la información se procesó a través del software estadístico Rstudio y se realizó un análisis descriptivo de la información.

Resultados: Los resultados muestran que la percepción de la mayoría de los participantes sobre el funcionamiento familiar se encontraba en un nivel de disfunción familiar leve (78.16%), seguido de una función familiar normal (19.5%). Las dimensiones más comprometidas fueron la participación y la capacidad resolutoria. Adicionalmente, se encontró una asociación entre el funcionamiento familiar y el estado civil / tipo de cuidador ($p < 0.05$). Es decir que los pacientes que eran casados y contaban con cuidador tenían un adecuado funcionamiento familiar.

Conclusión: Es necesario que el profesional de la salud realice valoraciones que permitan identificar a aquellas familias con problemas de conflicto o disfunción e intervenir oportunamente, de modo que se logren minimizar las repercusiones para el paciente.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, falla cardíaca, paciente, familiar, disfunción familiar.

ABSTRACT

Introduction: Family functioning is understood as a precursor to effective self-care. When this is not optimal, it can be compromised. Therefore, it is necessary for the nursing professional to perform assessments that allow the identification of those families with conflict problems in order to minimize compromise of patient adherence.

Objective: This study, carried out in a hospital institution during the first semester of 2020, aimed to describe how patients with heart failure perceive the level of functioning of their family unit.

Materials and Method: Conducted research had a quantitative, descriptive, cross-sectional design. The sample size corresponded to 87 participants, over the age of 18 years of old, with heart failure diagnosis. With a non-probabilistic sampling. There was a sample size of 87 participants, older than 18 years, with a diagnosis of heart failure. For the collection of information, the familiar Apgar off was used. The analysis of the information was processed through the statistical software Rstudio and a descriptive analysis of the information was carried out.

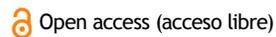
Results: Results showed that the majority of the participants' perception of family functioning was at a level of mild family dysfunction (78.16%), followed by normal family functioning (19.5%). The most compromised dimensions were participation and resolution capacity. An association ($p < 0.05$) was found between

Dirección de correspondencia:

Diana Marcela Achury-Saldaña.

Carrera 58 #138-63. Apt. 904, torre 2. Bogotá, Colombia.

Teléfono: (+57) 313 2820849 E-mail: dachury@javeriana.edu.co



family functioning and marital status / type of caregiver. That is, the patients who were married and had a caregiver had adequate family functioning.

Conclusion: Conclusions point at the need for the health professional to carry out assessments to identify those families experiencing conflict or dysfunction so they can intervene in a timely manner in order to minimize the repercussions for the patient.

Key words: Family functioning, heart failure, patient, family, family dysfunction.

INTRODUCCIÓN

La falla cardíaca (FC) es una enfermedad crónica e incapacitante, cuya prevalencia ha ido aumentando en los últimos años. El objetivo del tratamiento está encaminado a mejorar los síntomas, disminuir el riesgo de hospitalizaciones y mejorar la adherencia al tratamiento. Para alcanzar dicha adherencia el paciente requiere de la ayuda y el apoyo de su familia, de modo que estos sean moderadores en las conductas de cuidado, motiven y apoyen emocionalmente, a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del paciente¹.

El apoyo familiar parece influir tanto en el mantenimiento del autocuidado como en los comportamientos relacionados con el régimen de tratamiento y la participación en el proceso de toma de decisiones. Un excelente funcionamiento y estructura familiar se convierte en un amortiguador para enfrentar el estrés y reducir el impacto psicológico de la enfermedad². Sin embargo, muchas intervenciones educativas fracasan porque no se han tenido en cuenta los contextos familiares y sociales en los que el paciente debe desarrollar los respectivos comportamientos de autocuidado³.

El apoyo familiar requerido por el paciente puede evolucionar a situaciones de estrés crónico cuando no promueve un acompañamiento adecuado. Esto puede desencadenar una actitud de compromiso por parte de algunos miembros de la familia y puede causar cambios en el funcionamiento de la composición familiar⁴. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia desarrolla mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que pueden llevar a la familia a situaciones de equilibrio o desequilibrio, lo cual pone en riesgo el bienestar del paciente y manejo de su tratamiento, así como la funcionalidad del sistema familiar⁵.

El funcionamiento familiar se entiende como un precursor del autocuidado efectivo. Cuando este no es óptimo, el autocuidado puede verse comprometido. Un mejor funcionamiento y estructura familiar conduce a una mejor salud general tanto del paciente como de la propia familia⁶.

Autores como Struthers, Anderson, Donnan y MacDonald⁷ muestran que una afectación del funcionamiento familiar es una variable directamente relacionada con el número de hospitalizaciones en pacientes con FC ($p=0.007$), debido a que presentan niveles de estrés mayores y poca motivación, lo cual afecta su adherencia al tratamiento. Además, existe suficiente evidencia^{8,9,10} que muestra que contar con un adecuado apoyo familiar es un determinante positivo en la salud y contribuye a mejorar la percepción subjetiva de la salud y la calidad de vida, teniendo en cuenta que estos aspectos son fundamentales en la recuperación de los pacientes.

Desafortunadamente, a pesar de la existencia de evidencias sobre la importancia del apoyo familiar en los resultados clínicos y el autocuidado en los pacientes, son escasos los estudios que describen la funcionalidad familiar¹¹; por esta razón, se hace necesario que el profesional de la salud realice valoraciones que permitan identificar a aquellas familias con problemas de conflicto o disfunción, con el propósito de darles seguimiento y orientación oportuna, así como minimizar el compromiso en la adherencia del paciente.

El objetivo de este estudio consistió en describir cómo perciben los pacientes con FC el nivel de funcionamiento de su unidad familiar, en una institución hospitalaria durante el primer semestre del 2020.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en pacientes con diagnósticos de FC en una institución de cuarto nivel.

Participantes

El tamaño de la muestra correspondió a toda la población que cumplía con los criterios de selección ($N= 87$ sujetos), mediante un muestreo no probabilístico. Los criterios de inclusión fueron: pacientes hombres o mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico de FC. Los pacientes que no contaran con una red de apoyo familiar fueron excluidos del estudio. En la [Tabla 1](#) se describen las características demográficas y clínicas de los participantes.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de la información se utilizó el instrumento APGAR familiar¹², el cual permite identificar cómo una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Cuenta con cinco componentes (adaptación, participación, recursos, afectividad, capacidad resolutoria), con una escala de respuesta tipo Likert donde 0 es *nunca* y 4, *siempre*. Permite evaluar el nivel de disfunción familiar a través de los siguientes rangos:

Open access (acceso libre)

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los participantes.

Variables		N=87	
Edad	64±11.8		
		n.	%
Genero	Femenino	27	18.4
	Masculino	60	81.6
Escolaridad	Primaria	14	16.1
	Secundaria	28	32.2
	Técnico	24	27.6
	Profesional	21	24.1
Ocupación	Pensionado	27	31
	Hogar	24	27.6
	Trabajador	18	20.7
	Otro	18	20.7
Estado civil	Casado	48	55.2
	Soltero	24	27.6
	Unión libre	6	6.9
	Viudo	9	10.3
Clase funcional	I	7	8
	II	70	80.5
	III	8	9.2
	IV	2	2.3
Cuidador	Esposa	43	49.4
	Hijos	29	33.3
	Hermanos	15	17.2

Fuente: Resultados del estudio.

- - Disfunción severa: menor o igual a 9 puntos
- - Disfunción moderada: 10-12 puntos
- - Disfunción leve: 13-16 puntos
- - Funcionamiento normal: 17-20 puntos

El instrumento APGAR cuenta con validez de constructo, se ha validado en población colombiana y tiene una fiabilidad adecuada con un Alpha de Cronbach de 0.83¹³. Su uso es recomendado para realizar la primera aproximación en la identificación de aquellas familias con problemas relativos a conflictos o disfunciones familiares.

Procedimiento

Se estableció contacto con la institución de salud de cuarto nivel con el fin de solicitar autorización para acceder a la población de estudio. En el momento de seleccionar a los participantes se aseguró que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos y, una vez aceptada su participación, se procedió con la firma del consentimiento informado. El instrumento fue autoadministrado por los participantes con previa explicación sobre su diligenciamiento. Este último proceso tomó un tiempo aproximado de 10 minutos.

Análisis de datos

La información se procesó a través del *software* estadístico Rstudio y se realizó un análisis descriptivo de la información. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. En el caso de las variables cualitativas se determinaron frecuencias y distribución porcentual. Posteriormente, se realizó un análisis inferencial utilizando prueba estadística no paramétrica para dos muestras independientes. En esta prueba se estableció si existe alguna diferencia o asociación entre las variables sociodemográficas y el resultado del APGAR. Se estableció la significancia estadística con un $p < 0.05$ y un intervalo de confianza de 95% (IC 95%) como estadísticamente significativos.

Consideraciones éticas

El estudio cumplió con los estándares de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, la Declaración de Helsinki y la Resolución 008430 de 1993 Ministerio de Salud de la República de Colombia. Se consideró un estudio de riesgo mínimo y, adicionalmente, se tuvieron en cuenta los principios éticos relacionados al respeto y autonomía, beneficencia y no maleficencia, justicia y confidencialidad. Finalmente, se incluye la participación voluntaria, confidencialidad de la información y consentimiento informado por parte de los participantes del estudio.

Tabla 2. Nivel de disfunción familiar percibido por los participantes

Clasificación	N= 87	
	Fr	%
Normal	17	19.5
Leve	62	71.3
Moderado	6	6.9
Severa	2	2.3

Fuente. Resultados del estudio

Tabla 3. Componentes del APGAR familiar

No.	Componentes	N= 78 Promedio escala Likert *
1	Adaptación	4
2	Participación	2
3	Gradiente de recursos	4
4	Afectividad	4
5	Capacidad resolutive	2.4

*Escala Likert: 5(siempre), 4(casi siempre), 3(algunas veces), 2(casi nunca) 1(nunca)

Fuente. Resultados del estudio

Tabla 4. Variables sociodemográficas con los niveles de funcionalidad familiar

Funcionalidad familiar	Estado civil	Tipo de cuidador	Genero	Edad	Escolaridad
APGAR familiar	0.000*	0.000*	0.7	0.4	0.06*

* Los datos resaltados en negritas corresponden a variables asociadas con disfuncionalidad familiar (con significancia estadística).

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes eran hombres, casados, con un promedio de edad de 64 ± 11.8 años, clase funcional II. La escolaridad predominante entre los participantes era el nivel de bachillerato, su ocupación era la de pensionado y su cuidador era su esposa, seguido de sus hijos.

Nivel de disfunción familiar percibido por los participantes

El nivel de disfunción familiar percibido por los participantes con FC que predominó fue una disfunción leve (Tabla 2).

Componente de la percepción del participante sobre el funcionamiento de su familia

Los componentes que se identificaron más comprometidos con una escala Likert promedio de *casi nunca* fueron la participación y la capacidad resolutive (Tabla 3).

Correlación de variables sociodemográficas con los niveles de funcionalidad familiar

Las variables sociodemográficas, el estado civil y el tipo cuidador mostraron una asociación con el funcionamiento familiar ($p < 0.05$) (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la percepción de la mayoría de los participantes con falla cardíaca sobre el funcionamiento familiar se encontraba en un nivel de disfunción familiar leve. Las dimensiones que se encontraban más comprometidas eran la participación -entendida como la implicación de la familia en el manejo de su enfermedad- y la capacidad resolutive -relacionada con la actitud de compromiso en la atención a las necesidades físicas y emocionales-. Este resultado podría estar relacionado con la falta de conocimiento e involucramiento por parte de la familia en el manejo de la enfermedad, ya que la mayoría de los pacientes se encontraban en clase funcional NYHA II. Esto indica que no presentaban un deterioro severo de la capacidad funcional, lo que permite un mejor autocuidado y genera en la familia una menor carga¹². Sin embargo, con el paso del tiempo, el deterioro funcional se puede comprometer, así como la autonomía e independencia del paciente. A medida que la enfermedad avanza las relaciones familiares van cam-

biando, aumentan las complicaciones en el manejo de la enfermedad y la percepción del funcionamiento familiar puede empeorar¹⁴. Esto hace necesario que la familia reconozca la importancia de involucrarse tempranamente en el proceso de cuidado y permita que el paciente perciba una actitud de compromiso y deseo de apoyarlo en los cambios de su estilo de vida.

Por esta razón, algunos autores^{15,16} consideran el conocimiento como una condición primordial para cuidar. El conocimiento implica el entendimiento sobre la persona a quien se cuida, sus necesidades, fortalezas, debilidades y su percepción de bienestar. Un nivel alto de conocimiento se relaciona con una sensación de seguridad en el cuidador y en la persona receptora del cuidado, lo que da como resultado el establecimiento de hábitos positivos y saludables y una mejor calidad de vida en la relación de cuidado.

Estudios recientes^{17,18} destacan la necesidad de promover el concepto de Familia Cuidadora Sostenible (FCS) por parte de los profesionales de enfermería, cuyo fin es trabajar para la sostenibilidad de la familia cuidadora. Para ello, se intenta dotar a la familia de las capacidades necesarias para aceptar y afrontar el cuidado de su familiar. Algunas variables sociodemográficas identificadas en el estudio que mostraron una asociación con el funcionamiento familiar fueron el estado civil y el tipo cuidador. La mayoría de los participantes eran casados y los principales cuidadores eran los conyugues y los hijos.

La falla cardíaca puede afectar la distribución de roles, ya que se debe negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. En el caso del estado civil, algunos autores¹⁹ han identificado que los pacientes que no están casados reportan una mayor depresión, menor calidad de vida -especialmente con respecto a las expectativas futuras- y más rehospitalizaciones. El mecanismo por el cual el estado civil o de pareja afecta dichos resultados se cree que es a través del apoyo social efectivo para mejorar el autocuidado.

Por su parte Wu, Lennie, Chung, Frazier, Dekker, Bidde, et al.,²⁰ han encontrado que no solo basta con estar casado, es necesario tener una adecuada relación conyugal basada en la comunicación y expresión de sentimientos acerca de la enfermedad que está experimentando el familiar. Dichas interacciones positivas tendrían un significado pronóstico para la supervivencia de estos pacientes, por esta razón se hace necesario no solo conocer el tipo de cuidador, sino el tipo de relación

establecida que permita potencializar los beneficios en la condición de salud del paciente.

En el caso de los hijos se puede observar en las familias un tipo de respuesta centrífuga en donde sus conductas en general no están relacionadas con la situación de enfermedad, por lo que dejan a un lado su responsabilidad de cuidado con su familiar enfermo y generan la percepción de disfunción familiar. Los pacientes que perciben a sus hijos como solidarios y alentadores transmiten confianza y desarrollan comportamientos de salud más positivos²¹ y cambios de comportamiento para alcanzar la adherencia.

Por otro lado, las dimensiones que mejor puntuaron los participantes en una escala Likert de 4 (*casi siempre*) fueron las relacionadas con la adaptación en donde señalan la capacidad de utilizar recursos para resolver problemas en situaciones de estrés familiar, la afectividad resaltando el cariño que los rodea en el núcleo familiar y el gradiente de recursos relacionado con el apoyo de la familia en el emprendimiento de diferentes actividades sociales, económicas o personales. Este resultado coincide con lo señalando por Fan y Lv²², quienes afirman que el apoyo afectivo y los recursos que ofrece la familia son la principal fuente de promoción de salud y prevención de la enfermedad. Esto es algo que se percibe de manera positiva frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social.

Finalmente, a partir de estos resultados, el profesional de la salud debe contribuir a fortalecer el autocuidado y la adherencia por parte de los pacientes. Para esto es necesario no solo centrarse en estrategias educativas, sino reconocer a la familia como el entorno donde se dé respuesta a la mayoría de las necesidades de atención de la persona con falla cardíaca y realizar una valoración con un enfoque sistémico, de manera que se pueda conocer la dinámica familiar y las preocupaciones acerca de la salud y la enfermedad.

Por otra parte, se hace necesario que en la práctica clínica se utilicen instrumentos validados como el APGAR que permiten una aproximación inicial para reconocer de manera global en la familia las dificultades, fortalezas y potencialidades para acompañar y apoyar al paciente. Algunas limitaciones identificadas en el estudio fue el tamaño de la muestra y el uso de un solo instrumento para evaluar la funcionalidad familiar, por esta razón se sugiere continuar estudiando este fenómeno con una población más amplia y aplicando otras herramientas como el genograma, el Ciclo Vital Familiar y otros elementos que permitan contextualizar mejor los resultados.

CONCLUSIONES

La percepción sobre la funcionalidad familiar en los pacientes con falla cardíaca se encontraba en un nivel leve. Las dimensiones que se hallaban más comprometidas fueron la participación y la capacidad resolutive en relación con la actitud de compromiso respecto a la atención de las necesidades físicas y emocionales. Este resultado podría estar relacionado con la falta de conocimiento e involucramiento por parte de la familia en el manejo de la enfermedad.

Las variables sociodemográficas como el tener a un hijo o a un cónyuge como cuidador y el hecho de estar casado mostraron una asociación con la percepción de su funcionamiento familiar. Esta situación podría explicarse por un efectivo apoyo social proporcionado por el cuidador y una adecuada relación conyugal, aspectos que contribuyen a mejorar el autocuidado y autoeficacia del paciente.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

CONFLICTO DE INTERÉS

No hubo conflicto de interés.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a todos los participantes de este estudio, así como a la institución sanitaria que permitió la realización de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wu JR, Mark B, Knafelz GJ, Dunbar SB, Chang PP, DeWalt DA. A multi-component, family-focused and literacy-sensitive intervention to improve medication adherence in patients with heart failure-A randomized controlled trial. *Heart lung*. [Internet]. 2019 Nov [Consultado 6 de junio de 2020]; 48(6):507-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2019.05.011>
2. Shahrabaki P, Nouhi E, Kazemi M, Fazlollah A. Family Support as a Reliable Resource for Coping in Patients with Heart Failure. *Acta Medica Mediterr*. [Internet]. 2016 Jan; 32(1): 873-878.
3. Fry M, McLachlan S, Purdy S, Sanders T, Kadam UT, Chew-Graham CA. The implications of living with heart failure; the impact on everyday life, family support, co-morbidities and access to healthcare: a secondary qualitative analysis. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2016 Sep 26 [Consultado 6 de junio de 2020];17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-016-0537-5>

Open access (acceso libre)

4. Deek H, Chang S, Newton PJ, Noureddine S, Inglis SC, Arab GA, et al. An evaluation of involving family caregivers in the self-care of heart failure patients on hospital readmission: Randomised controlled trial (the FAMILY study). *Int. j. nurs. stud.* [Internet]. 2017 Oct [Consultado 6 de junio de 2020]; 75:101-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.015>
5. Sultan S, Fatima S, Kanwal F. The extent of burden and wellbeing among caregivers of cardiac patients: perceived social support as mediator. *Pak Heart J* 2018; 51 (01): 25-29.
6. Matos TG, Román VS, Remón RL, Álvarez VB. Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico. *Mul Med.* [Internet]. 2016 [Consultado 13 de junio de 2020];20(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=63854>
7. Struthers AD, Anderson G, Donnan PT, MacDonald T. Social deprivation increases cardiac hospitalisations in chronic heart failure independent of disease severity and diuretic non-adherence. *Heart* [Internet]. 2000 Jan 1 [Consultado 13 de junio de 2020];83(1):12-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/heart.83.1.12>
8. Blumenthal JA, Zhu Y, Koch GG, Smith PJ, Watkins LL, Hinderliter AL, et al. The modifying effects of social support on psychological outcomes in patients with heart failure. *Health psychol.* [Internet]. 2019 Jun;38(6):502-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000716>
9. Graven LJ, Gordon G, Keltner JG, Abbott L, Bahorski J. Efficacy of a social support and problem-solving intervention on heart failure self-care: A pilot study. *Patient educ. couns.* [Internet]. 2018 Feb [Consultado 13 de junio de 2020];101(2):266-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.008>
10. Sampaio C, Renaud I, Leão PP. Illness trajectory in heart failure: narratives of family caregivers. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 Feb [Consultado 20 de junio de 2020];72(1):162-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0645>
11. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Kaslow NJ. Family Influences on Heart Failure Self-care and Outcomes. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2008 May [Consultado 20 de junio de 2020];23(3):258-65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.JCN.0000305093.20012.b8>
12. Suarez-Cuba MA., Alcalá-Espinoza M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz* [Internet]. 2014 [Consultado 20 de junio de 2020]; 20(1): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es.
13. Forero Ariza LM, Avendaño Durán MC, Duarte Cubillos ZJ, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Col Psiquiatría.* 2006; 35(1): 23-29.
14. Achury-Saldaña DM, Castaño-Riaño HM, Gómez-Rubiano LA, Guevara-Rodríguez NM. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investg. Enferm. Imagen Desarrollo.* [Internet]. 19 de agosto de 2011 [Consultado 20 de junio de 2020];13(1):27-46. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1632>
15. Flórez-Torres IE, Montalvo-Prieto A, Herrera-Lian A, Romero-Massa E. Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. *Rev salud pública* [Internet]. 2010 Oct [Consultado 27 de junio de 2020];12(5):754-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0124-00642010000500006>
16. Lyons K.; Johnson SH; Lee C. The role of symptom appraisal, concealment and social support in optimizing dyadic mental health in heart failure. *Aging & mental health.* [Internet]. 2021 [Consultado 21 de Enero de 2021];25(4):734-741. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1711866>
17. Canga A. Hacia una «familia cuidadora sostenible». *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2013 Dec [Consultado 27 de junio de 2020];36(3):383-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1137-66272013000300003>
18. Levine C, Halper D, Peist A, Gould DA. Bridging Troubled Waters: Family Caregivers, Transitions, And Long-Term Care. *Health Aff.* [Internet]. 2010 Jan [Consultado 27 de junio de 2020];29(1):116-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0520>
19. Luttik ML, Jaarsma T, Veeger N, van Veldhuisen DJ. Marital status, quality of life, and clinical outcome in patients with heart failure. *Heart Lung* [Internet]. 2006 Jan [Consultado 18 de julio de 2020];35(1):3-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2005.08.001>
20. Wu J-R, Lennie TA, Chung ML, Frazier SK, Dekker RL, Biddle MJ, et al. Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Heart Lung* [Internet]. 2012 Mar [Consultado 18 de julio de 2020];41(2):107-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2011.09.009>
21. Stamp KD, Dunbar SB, Clark PC, Reilly CM, Gary RA, Higgins M, et al. Family partner intervention influences self-care confidence and treatment self-regulation in patients with heart failure. *Eur. j. cardiovasc. nurs.* [Internet]. 2015 Feb 11 [Consultado 25 de julio de 2020];15(5):317-27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515115572047>

 Open access (acceso libre)

22. Fan X, Lv F. Psychosocial factors associated with self-efficacy for managing chronic disease in patients with chronic heart failure. *Eur. j. cardiovasc. nurs.* [Internet]. 2014 Dec 29 [Consultado 25 de julio de 2020];15(4):255-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515114566157>