

Funcionalidad familiar de pacientes dependientes con falla cardíaca

Family functioning of dependent patients with heart failure

Ruth Valle-Ballesteros^{1*}, Adriana Torres-Navas², Fabián Cortés-Muñoz^{3,4} y Lina M. Vargas-Escobar¹

¹Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque; ²Unidad de Falla Cardíaca, Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología; ³Vicerrectoría de Investigaciones, Universidad El Bosque; ⁴Dirección de Investigaciones y Bioestadística, Fundación Clínica Shaio. Bogotá, Colombia

Resumen

Objetivo: Describir la funcionalidad familiar de pacientes dependientes con falla cardíaca y clase funcional II-C. **Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional de corte transversal, en el que participaron 50 familias entre septiembre y octubre de 2016. La medición se realizó a través de la “Escala de evaluación de la funcionalidad familiar”. **Resultados:** Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de escolaridad del informante familiar y el nivel de la funcionalidad de la familia ($p = 0.006$). La funcionalidad familiar total mostró un nivel bajo en el 38 % de las familias participantes. Las dimensiones de mantenimiento y cambio exponen niveles altos de funcionamiento en un 88 y 74 % respectivamente, mientras la dimensión de individuación presenta 70 % en nivel bajo. La dimensión de coherencia muestra un 48 % de niveles altos e intermedios de funcionalidad. Por otra parte, las metas de estabilidad y control se comportan con niveles altos en un 82 % y 84 %, mientras que el crecimiento y la espiritualidad estuvieron con niveles intermedios. Los pacientes del estudio presentan una dependencia funcional moderada y leve. Finalmente, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la dependencia de los pacientes con la falla cardíaca y el nivel de funcionamiento de sus familias. **Conclusiones:** Las familias con integrantes con falla cardíaca con funcionalidad moderada y leve presentan bajo nivel de funcionamiento familiar, lo cual las afecta en el cumplimiento de su rol como red primaria de apoyo del paciente. Es necesario continuar investigaciones que amplíen la información del comportamiento de los factores sociodemográficos asociados al funcionamiento de la familia con integrante con falla cardíaca.

Palabras clave: Salud familiar. Dinámica familiar. Personas con discapacidad. Actividades de la vida diaria. Insuficiencia cardíaca.

Abstract

Objective: To describe the familial functionality of dependent patients with heart failure with functional class II-C. **Methods:** A quantitative, cross-sectional observational study was conducted with 50 families, between September and October 2016, to obtain a measurement through the “Family Functionality Assessment Scale”. **Results:** Between the level of schooling of the family informant and the level of family functionality ($p = 0.006$) was found a statistically significant association. In 38% of the participating families, the total family functionality showed a low level. The System Maintenance and change dimensions expose high levels of operation by 88% and 74% respectively, whereas the dimension of individuation presents 70% at a low level.

Correspondencia:

*Ruth Valle-Ballesteros

E-mail: ballesterosruth@unbosque.edu.co

0120-5633 / © 2019 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 17-01-2019

Fecha de aceptación: 12-11-2019

DOI: 10.24875/RCCAR.M21000006

Disponible en internet: 19-03-2021

Rev Colomb Cardiol. 2021;28(1):30-37

www.rccardiologia.com

*The coherence dimension reveals 48% of high and intermediate levels of functionality. On the other hand, the goals of stability and control behave with high levels at 82% and 84%, while growth and spirituality were at intermediate levels. The patients concerning the study have a moderate and mild functional dependence. Ultimately, between the dependence of patients with heart failure and the level of functioning of their families, no statistically significant association was found. **Conclusions:** Families with members with moderate and mild functional heart failure have a low level of family functioning, which affects the family in fulfilling its role as a primary patient support network. It is necessary to continue research that broadens the information on the behaviour of sociodemographic factors associated with the functioning of the family with a member with heart failure.*

Key words: Family health. Family dynamics. Disabled persons. Activities of daily living. Heart failure.

Introducción

La falla cardíaca es considerada un problema de salud pública por su alta prevalencia y su elevado índice de morbimortalidad. Esta enfermedad presenta un síndrome clínico que resulta de un desorden estructural o funcional que afecta de manera significativa la calidad de vida de quien la padece¹. A la enfermedad isquémica del corazón y a las enfermedades cardiovasculares se les atribuye una tasa de mortalidad en Colombia de 73.80 y 29.90 por cada 100.000 habitantes². En el país su prevalencia estimada es del 2,3 %, lo que representa cerca de 1.097.201 personas. El estudio de Gómez determinó como causa principal la enfermedad cardíaca isquémica seguida de la idiopática, y en tercer lugar la enfermedad cardíaca valvular y la de Chagas³.

Para las familias de los pacientes esta condición de salud representa una afectación en la dinámica familiar, así como una carga de cuidado que influye en el tratamiento y el cuidado del enfermo. En este sentido, es necesario que la familia, como eje fundamental del cuidado del paciente y sujeto de atención, reciba acompañamiento profesional durante y después de la enfermedad cardíaca⁴.

En Colombia pocos estudios han descrito los factores sociodemográficos asociados al nivel de funcionalidad de las familias con un integrante con falla cardíaca y grado de dependencia. El conocimiento de este tema permitiría no solo indagar la magnitud del fenómeno, sino establecer propuestas de intervención que favorezcan la participación en el cuidado, y garantizar la continuidad del tratamiento de la enfermedad y el ciclo evolutivo de la familia.

Investigaciones sobre el funcionamiento de familias con paciente con enfermedad crónica avanzada, como el realizado por Matos Trevín, et al., asocian su nivel de funcionamiento con la presencia de la enfermedad terminal, independiente de los aspectos sociodemográficos, a pesar de ser reconocidos fundamentales en el funcionamiento de las familias⁵. Por su parte, el estudio de Sarango Morocho, estableció la relación de los

aspectos sociodemográficos de las familias con pacientes con enfermedad crónica y el nivel de cuidado del paciente. El resultado mostró poca participación de la familia en la atención del paciente, justificado en jornadas largas de trabajo, el traslado para cumplir tratamientos, problemas económicos, psicológicos, sociales, y la afectación en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, estos aspectos no fueron relacionados en los resultados con el nivel de funcionamiento de las familias⁶. Por otra parte, Escalante et al. pretendieron conocer la experiencia de familias con pacientes críticos cardiovascular para buscar soluciones y estrategias de apoyo familiar. Los resultados mostraron que las familias experimentaban ansiedad y preocupación ante la responsabilidad de tomar decisiones. El estudio concluye que es necesario identificar las necesidades de las familias, sus condiciones socio-demográficas, la etapa del desarrollo humano, su nivel de funcionamiento, la red social de apoyo presente, entre otros, para promocionar estilos de vida familiar saludable⁷. Otro estudio de Refugio Zavala-Rodríguez et al. buscó describir el grado de relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica de una institución de salud de segundo nivel; los resultados revelaron que cerca del 100 % de los pacientes hacen parte de familias funcionales; no obstante, su condición de salud pone de manifiesto la necesidad de conocer acciones de autocuidado, factor que contribuye a su calidad de vida y al equilibrio de la familia en sus diferentes roles⁸.

Materiales y métodos

Esta investigación correspondió a un estudio cuantitativo, observacional de corte transversal, en el que se evaluaron 283 familias con integrante con falla cardíaca, entre septiembre y octubre de 2016, asistentes a los servicios de hospital día, consulta de control especializada y consulta de titulación de medicamentos de la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología de Bogotá.

Se obtuvo permiso del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque y del Comité de Ética de la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología. La investigación se ajusta a los principios establecidos en la Resolución 8430 de 1993 para la investigación en salud en Colombia.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó para estimar la proporción \hat{p} de familias con funcionalidad familiar adecuada; sin embargo, como los niveles de funcionalidad familiar se miden en escala ordinal (bajo, intermedio y alto), $\hat{p}=0.5$ fue asumido para todas las categorías ya que el tamaño de la muestra n se maximiza cuando el valor estimado de la proporción toma ese valor. Utilizando un $\alpha=0.05$ y un error tipo II de 0.2, el número de familias a incluir fue de 39. Dado que se contempló dentro del análisis la comparación entre los niveles de funcionalidad familiar, el tamaño de la muestra fue ajustado asumiendo un $\alpha=0.05/3$, manteniendo el mismo nivel de error tipo II; de este modo, el tamaño de la muestra final fue de 50 familias. Los criterios de inclusión definidos fueron los siguientes:

- Familias con un integrante con falla cardiaca avanzada según criterios de Framingham⁹, con clase funcional II y clase C, según las guías de The American Heart Association /American College of Cardiology (AHA/ACC)¹⁰ y con dependencia entre 40 a 80 según la escala de Barthel¹¹.
- Disposición de un informante o familiar a cargo del cuidado del paciente, con capacidad mental para responder la entrevista, con mínimo de un año de convivencia en la familia.

Para el presente estudio no fueron considerados criterios de exclusión.

Medición de la funcionalidad familiar

Para la medición del funcionamiento familiar se aplicó la Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar (ASF-E) de Friedemann. La escala está validada para Colombia desde el 2006¹² y cuenta con confiabilidad por alfa Cronbach de 0.79. El instrumento dispone de 20 ítems organizados en 4 dimensiones que puntúan la funcionalidad familiar: alta, puntajes entre 56-60; intermedia entre 51-55 y baja entre 20-50 puntos. El nivel total de funcionalidad familiar se obtiene de la suma de los puntajes obtenidos por el entrevistado utilizando los puntos de corte propuesto por los autores antes referidos¹³.

Según Friedmann las dimensiones de su teoría regulan la salud familiar y son proporcionadas por las metas de la familia. Las metas se alcanzan, a su vez, a través de las cuatro dimensiones. Las dos primeras dimensiones,

mantenimiento y cambio del sistema, corresponden a acciones colectivas; las dos restantes, la coherencia y la individuación, a actividades que ocurren dentro de la familia. En cuanto a las metas de estabilidad, el control, el crecimiento, la espiritualidad son consideradas habilidades para cumplir o alcanzar los propósitos de la familia, y son el resultado de la relación entre el mantenimiento y el cambio, y la individuación y la coherencia. La estabilidad mantiene los rasgos básicos de la familia, como valores y creencias culturales. El control regula las fuerzas externas e internas del sistema familiar, el crecimiento reorganiza los valores primarios de la familia, y la espiritualidad da sentido de unidad y compromiso familiar. El nivel total de funcionamiento familiar se obtiene al ponderar los puntajes finales de las dimensiones y las metas en la escala ASF-E¹³.

Procedimiento para la obtención de la información

Para el diligenciamiento de la escala se seleccionó el informante familiar que cumpliera los criterios de inclusión establecidos en el estudio, que actuara como acompañante o cuidador del paciente durante su hospitalización. También fueron elegidos aquellos familiares que acompañaron al paciente en la consulta de seguimiento del programa de falla cardiaca del hospital día de la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología.

Análisis estadístico de los datos

Las variables cualitativas fueron descritas con frecuencias absolutas y porcentajes y fueron comparadas entre los diferentes niveles de funcionalidad familiar mediante prueba de Chi-cuadrado de independencia; en caso que no se observaran valores esperados mayores a 5 en cada una de las casillas, se utilizó una prueba exacta de Fisher. Las pruebas fueron consideradas estadísticamente significativas a partir de $p \leq 0.05$ y el análisis estadístico fue conducido en Stata SE 12[®].

Resultados

Factores sociodemográficos de la familia

En la [tabla 1](#) se presentan los niveles de funcionalidad familiar de acuerdo con las características sociodemográficas de la familia referidas por el informante. Se puede observar en la mayor parte de los factores que el valor p fue superior a 0.05, a excepción del nivel de escolaridad del informante familiar, el cual estuvo

Tabla 1. Niveles de funcionalidad familiar según características del familiar informante del paciente dependiente con falla cardíaca

Características del informante familiar	Nivel de funcionamiento familiar						Valor p
	Alto		Intermedio		Bajo		
Parentesco con el paciente	n	%	n	%	n	%	
Hijos	7	14	6	12	7	14	0.566*
Padres	5	10	1	2	0	0	
Otros	3	6	9	18	12	24	
Total	15	30	16	32	19	38	
Género	n	%	n	%	n	%	Valor p
Femenino	11	22	10	20	14	28	0.794*
Masculino	4	8	6	12	5	10	
Total	15	30	16	32	19	38	
Religión	n	%	n	%	n	%	Valor p
Católica	10	20	14	28	16	32	0.407*
Otra	5	10	2	4	3	6	
Total	15	30	16	32	19	38	
Nivel de escolaridad	n	%	n	%	n	%	Valor p
Primaria	1	2	0	0	3	6	0.006*
Secundaria	10	20	7	14	3	6	
Técnico y universitario	5	10	8	16	13	26	
Total	16	32	15	30	19	38	
Ocupación	n	%	n	%	n	%	Valor p
Hogar	2	4	8	16	9	18	0.131*
Trabaja y estudia	14	28	7	14	10	20	
Total	16	32	15	30	19	38	

*Calculado mediante prueba exacta de Fisher.

en 0.006 con una significancia estadística con el nivel de la funcionalidad de la familia.

En la [tabla 2](#) se presentan los niveles de funcionalidad familiar según características de la familia del paciente con falla cardíaca. En este caso no se encontraron valores p superiores a 0.05 en ninguno de los factores descritos, lo cual indica falta de asociación entre la funcionalidad familiar y los factores sociodemográficos de las familias.

Nivel de funcionalidad familiar

La [tabla 3](#) detalla el nivel de funcionalidad familiar total de los pacientes del estudio; se encuentra que

el 38 % de las familias presentan bajo nivel de funcionamiento.

Nivel de funcionalidad familiar por dimensiones

En la [tabla 4](#) se presenta el comportamiento de las cuatro dimensiones del ASF-E.13 Tanto la dimensión de mantenimiento como la de cambio revelan niveles altos de funcionamiento, en un 88 % y un 74 %, mientras la dimensión de individuación presenta bajo nivel, con un 70 %; se observa cómo esta dimensión es la más afectada en las familias estudiadas. Finalmente, la dimensión de coherencia obtiene un 48 %, lo

Tabla 2. Niveles de funcionalidad familiar según características de la familia del paciente dependiente con falla cardíaca

Nivel de funcionamiento familiar	Alto		Intermedio		Bajo		Valor p
Tipo de familia	n	%	n	%	n	%	
Padres hijos	5	10	11	22	14	28	0.155*
Padres e hijos y parientes	3	6	0	0	3	6	
Otros miembros	7	14	5	10	2	4	
Total	15	30	16	32	19	38	
Tipo de unión familiar	n	%	n	%	n	%	Valor p
Casado	8	16	7	14	9	18	0.533*
Divorciado-separado-viudo	5	10	4	8	4	8	
Unión libre	2	4	3	6	2	4	
Otro	4	8	2	4	0	0	
Total	19	38	16	32	15	30	
Número de integrantes de la familia	n	%	n	%	n	%	Valor p
2 a 3	14	28	7	14	8	16	0.303*
más de 4	5	10	9	18	7	14	
Total	19	38	16	32	15	30	
Ingreso económico familiar	n	%	n	%	n	%	Valor p
1 a 2 SMLV	9	18	7	14	8	16	0.919*
3 a 5 SMLV	7	14	7	14	5	10	
<1 SMLV	3	6	2	4	2	4	
Total	19	38	16	32	15	30	
Ciclo vital familiar	n	%	n	%	n	%	Valor p
Crianza inicial	1	2	0	0	0	0	0.343*
Familia con pre y escolares	1	2	0	0	2	4	
Familia adolescentes	1	2	4	8	0	0	
Familia en lanzamiento	11	22	9	18	9	18	
Familia anciana	5	10	3	6	4	8	
Total	19	38	16	32	15	30	

*Calculado mediante prueba exacta de Fisher.

que representa niveles altos e intermedios de funcionalidad.

El nivel de funcionalidad familiar según las cuatro metas de la funcionalidad familiar se presenta en la [tabla 5](#). Las metas de estabilidad y control emergen con niveles altos, con un 82 % y 84 % respectivamente, mientras que las metas de crecimiento y espiritualidad están con niveles intermedios de funcionamiento.

Grado de dependencia del integrante familiar con falla cardíaca avanzada

Finalmente, la [tabla 6](#) enseña el grado de dependencia funcional del paciente dependiente con falla cardíaca avanzada y su asociación con la funcionalidad familiar. En este caso se aprecia un nivel de dependencia severa por el 5.26 % de funcionalidad baja, un

Tabla 3. Funcionalidad familiar total de los pacientes dependientes con falla cardíaca

Nivel de funcionalidad	n	%
Bajo	19	38.0
Intermedio	16	32.0
Alto	15	30.0
Total	50	100.0

Tabla 4. Nivel de funcionalidad familiar por las dimensiones de funcionamiento familiar de los pacientes dependientes con falla cardíaca

Dimensiones	Alto		Intermedio		Bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mantenimiento	44	88	6	12	0	0	50	100
Cambio	37	74	13	26	0	0	50	100
Individuación	18	36	15	36	17	34	50	100
Coherencia	24	48	24	48	2	4	50	100

Tabla 5. Nivel de funcionalidad familiar por metas de funcionamiento familiar de los pacientes dependientes con falla cardíaca

Metas	Alto		Intermedio		Bajo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estabilidad	41	82.0	9	18.0	0	0	50	100
Control	42	84.0	8	16.0	0	0	50	100
Crecimiento	30	60.0	20	40.0	0	0	50	100
Espiritualidad	25	50.0	22	44.0	3	6.0	50	100

nivel de dependencia moderada con un 60 % de funcionalidad alta, un 25 % de funcionalidad familiar intermedia y, finalmente, un nivel de dependencia leve con un 40 % de funcionalidad alta y un 75 % de funcionalidad intermedia.

Lo anterior indica cómo las familias con pacientes con grado de dependencia moderada tienen una funcionalidad familiar alta, mientras que las familias con paciente con grado de dependencia leve, poseen nivel de funcionalidad intermedia. Se observa, al establecer la asociación entre los diferentes grados de dependencia funcional del paciente con falla cardíaca y el nivel

de funcionamiento familiar, falta de asociación estadísticamente significativa entre estas variables.

Es importante mencionar que las comorbilidades más predominantes en el paciente con falla cardíaca avanzada fueron la diabetes, la insuficiencia renal, el hipotiroidismo y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Discusión

De acuerdo con los resultados, las familias del estudio se encuentran en “plataforma de lanzamiento”, etapa que se caracteriza por la salida del primer hijo de la casa y finaliza cuando el último lo hace, condición conocida como crisis normativa o transitoria, que es propia de la evolución de la familia¹⁴. Esta situación de las familias, sumada a la vivencia de cuidado del enfermo, afecta el nivel de bienestar familiar evidenciado en el bajo nivel de funcionamiento. La vivencia de una enfermedad crónica o terminal en la familia puede ocasionar estados de crisis y llevar a la claudicación familiar¹⁵, lo que afecta su capacidad de cuidado para el paciente. Frente a este hallazgo, un estudio de López realizado en ancianos con diabetes mellitus tipo 2, estableció que la enfermedad crónica alteró en un 39 % el nivel de funcionamiento de las familias en las dimensiones de mantenimiento y de coherencia¹⁶. La presencia de la enfermedad crónica en la familia contribuye a estados de ansiedad colectivos e interfiere en las estrategias para mantener la estabilidad de esta¹⁵.

Padecer una enfermedad crónica avanzada ocasiona mayor dependencia del paciente hacia la familia,¹⁷ altera su nivel de funcionamiento conforme avanza la enfermedad y obliga a procesos de adaptación familiar para responder a estos cambios, fenómeno que es posible evidenciarlo, como en este estudio, en las dimensiones y metas del modelo teórico de Friedemann.

Un hallazgo interesante fue el grado de escolaridad del informante familiar asociado con el nivel de funcionamiento de las familias. Es importante establecer la relación entre estos factores para futuras investigaciones. Un estudio realizado por Barrios, et al. en Cartagena, Colombia, determinó la percepción de la funcionalidad familiar en familias de estudiantes de enfermería. Se observó cómo cuando los integrantes familiares son trabajadores y estudiantes se afecta la percepción de la funcionalidad/disfuncionalidad percibida, pues al desempeñar más de dos roles aparecen niveles severos y moderados de disfunción familiar¹⁸.

Otros estudios realizados a partir del modelo de Friedemann mostraron que las familias estudiadas

Tabla 6. Grado de dependencia funcional del paciente con falla cardiaca avanzada y nivel de funcionalidad familiar

Barthel	Nivel de funcionalidad familiar						Valor p
	Alto		Intermedio		Bajo		
	n	%	n	%	n	%	
(20-35 puntos) dependencia severa	0	0,00	0	0,00	1	5,26	0.143*
(40-55 puntos) dependencia moderada	9	60	4	25	6	31,58	
(60-95 puntos) dependencia leve	6	40	12	75	12	63,16	
Total	15	100	16	100	19	100	50

*Calculado mediante prueba exacta de Fisher.

se tuvieron afectación en las dimensiones de mantenimiento y cambio; por el contrario, la individuación y coherencia fueron fortalecidas a partir de intervenciones realizadas con las familias. El presente estudio mostró que la dimensión de individuación obtuvo nivel intermedio de funcionamiento familiar, hallazgo que puede estar asociado con la escasa o nula participación de las familias con otros sistemas comunitarios al que pertenecen, posiblemente por la carga que representa para la familia el cuidado del enfermo sumado a otras tareas propias de la vida familiar. Resultados similares a los encontrados en esta investigación, están presentes en los estudios de Galán,¹⁹ Concha et al.²⁰, Dumbar et al.²¹.

En cuanto a las metas de estabilidad y control tuvieron niveles altos de funcionamiento, en tanto el crecimiento y la espiritualidad registraron predominante nivel intermedio de funcionamiento. En este sentido es importante considerar que niveles altos en la estabilidad indican una adecuada enseñanza de patrones y valores tradicionales familiares. Niveles altos de funcionamiento en el control señalan buen manejo de la ansiedad de la familia, lo cual reduce las amenazas colectivas. Se considera que estas familias tienen una buena estructura en los roles y en líneas de autoridad, y cuentan con normas para su supervivencia. Su relación con el ambiente, aunque escasa la protege de la ansiedad y facilita el uso de redes de apoyo existentes. El nivel intermedio del crecimiento muestra cambios favorables en los valores de la familia (trabajo, escuelas, etc.). La comunicación es un aspecto fundamental para el crecimiento saludable de la familia al permitir procesar información del estado del paciente. Finalmente, la meta de espiritualidad en las familias estuvo fortalecida dado que ofrece ayuda ante las dificultades para mantener el equilibrio familiar. Para Friedemann

esta meta se refiere al esfuerzo de los integrantes por lograr la identidad familiar. Este resultado puede comprenderse cuando las familias asisten a cultos y rituales religiosos con la esperanza de mantener al enfermo más tiempo con ellos.

Así mismo, se halló que los pacientes que hicieron parte del estudio presentaron dependencia moderada a leve sin asociación entre esta variable y el nivel de funcionamiento familiar. Contrario a los hallazgos del presente estudio, García et al.²² determinaron en una investigación con adultos mayores que la funcionalidad de estas familias estuvo en 69 %, correlacionándola de manera significativa con su capacidad funcional, especialmente en la movilización y la eliminación. Sin embargo, es posible pensar la falta de correlación entre estas dos variables, si se tiene en cuenta que el paciente con falla cardiaca puede mostrarse más inquieto por la progresión de su enfermedad y la carga de cuidado que él representa para su familia, más que por su grado de dependencia funcional, como lo muestra el estudio de Fry et al.²³. De todas maneras, la relación entre estas variables debe investigarse más a fondo en nuevos estudios.

Finalmente, el diseño del estudio (corte transversal) presentó limitaciones, como la necesidad de inferir potenciales diferencias estadísticas entre los factores estudiados y los diferentes niveles de funcionalidad familiar, más allá de generar conclusiones sobre relaciones causales entre dichos factores y la funcionalidad de las familias; se deberán conducir futuros estudios con diseños analíticos propicios para poner a prueba estas hipótesis. Otra limitación constituyó el tiempo de espera por trámites administrativos para la aprobación del proyecto, hecho que incidió en el cronograma previsto para el desarrollo del estudio.

Conclusiones

Las familias con integrantes con falla cardíaca con nivel de dependencia funcional, incluidas en este estudio, tuvieron bajo nivel de funcionamiento familiar y con ello afectación del rol de la familia para actuar como red primaria de apoyo del paciente. Este hallazgo es importante porque cada vez más habrá más personas con enfermedades crónicas no transmisibles, como la falla cardíaca, y con ello la preparación del personal e instituciones del sector salud para su atención y de las familias teniendo en cuenta sus características particulares de funcionamiento.

Es necesario continuar con investigaciones que amplíen aún más la información del comportamiento de los factores asociados con el funcionamiento de la familia y, de manera particular, establecer la relación entre el grado de escolaridad del informante familiar y el nivel de funcionamiento familiar, e identificar el tipo de afectación que se produce, positiva o negativa, en la dinámica de las familias.

Se concluye que la familia sigue siendo la red primaria del paciente, pero también debe considerarse sujeto de cuidado y dirigir intervenciones de impacto por parte de los equipos de las instituciones de salud.

Agradecimientos

Los autores agradecen a las familias participantes en el estudio, a la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología y a la Universidad El Bosque, por su apoyo y colaboración.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Sánchez-Arias A, Bobadilla-Serrano ME, Dimas-Altamirano B, Gómez-Ortega M, González-González G. Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Cardiol*. 2016;27(s3):98-102.
2. Tovar Hernández SM, Torres Ramírez LS, Pérez Tovar DC, Hernández Merchán MA. Guía psicoeducativa para la regulación emocional en pacientes con enfermedades cardiovasculares. 2016. Universidad Católica.
3. Benjamin E, Blaha M, Chiuve S, Cushman M, Das S, Deo R, et al. Resumen de estadísticas de 2017. Enfermedad del corazón y ataque cerebral. *Circulation*. Comité de Estadísticas de Ataque Cerebral de La American Heart Association, 2017:2-7.
4. Lagoueyte Gómez MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*. Salud 2015;47(2):209-13.
5. Matos Trevín G, Román Vargas S, Remón Rivera L, Álvarez Vázquez B. Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico. *Multimed* 2016;20(1).
6. Sarango Morocho ME. La familia y su influencia en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis en la unidad renal NEFROLOJA y la intervención del Trabajador Social; 2018.
7. Escalante MTU, Torres CM, Ruiz JR. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2004;22(2):50-61.
8. del Refugio Zavala-Rodríguez M, del Carmen Ríos-Guerra M, García-Madrid G, Rodríguez-Hernández CP. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2009;9(3):257-70.
9. Jimeno A, Merino J, Jordán A, Guerrero L, Gil V, García M. Validez de los criterios clínicos de Framingham para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca sistólica. *Revista Clínica Española*. 2006;206(10):495-8.
10. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Fleisher LA, et al. 2017 AHA/ACC focused update of the 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(2):252-89.
11. Pinto DAZ, Alarcón SG, Rosero ARP, Zamora JR, Maldonado M. Actividad diaria según índice de Barthel en adultos mayores, Ibarra, mayo a junio 2015. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*. 2016;1(3):112-6.
12. Gómez Bustamante E, Castillo Ávila I, Díaz Montes C, Luis A, Cogollo Z. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala de evaluación de la funcionalidad familiar (ASF-E-20). *Avances en Enfermería*. 2013;31(2):21-9. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42688/60810>.
13. Friedemann ML. The framework of systemic organization. A conceptual approach to families and nursing. 1st. ed. Thousandoaks, editor. London, New Delhi: SAGE Publications; 1995.
14. Ordóñez Iñiguez AC. Psicología del desarrollo: signos y síntomas del síndrome del nido vacío en el adulto mayor. [Trabajo de grado]. Universidad Técnica de Machala, Ecuador; 2016.
15. González Blanco BL, Pérez Cárdenas C. Claudicación familiar en grupos con pacientes oncológicos válidos. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* 2015;12(3).
16. López M. Percepción de la funcionalidad familiar en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis de Maestría no publicada]. México: Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León; 2005.
17. Rodríguez F. Significados de los cuidados paliativos para la familia del paciente con cáncer. [Proyecto de Investigación], Montevideo: Instituto de Psicología Clínica; 2016.
18. Barrios Fragozo S, Berrio Pérez D, González Sarmiento Y, Urango Cuello L. Percepción de la funcionalidad familiar en estudiantes adolescentes de enfermería de la ciudad de Cartagena; [Trabajo de Investigación], Cartagena: Universidad de Cartagena; 2013.
19. Galán G E. Efectividad de la funcionalidad familiar en las familias con adolescentes escolarizados en el municipio de Paipa, 2008. [Tesis maestría en Enfermería] Repositorio Institucional UN, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.
20. Concha Toro M, Rodríguez Garcés C. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*. 2010;19(1):41-50.
21. Dunbar, Clark, Quinn, Gary RA, Kaslow. Family influences on heart failure self-care and outcomes. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(3):258-65.
22. Guillermina G, Landeros-Olivera E, Arriola-Morales G, María P. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2007;15(1):21-6.
23. Fry M, McLachlan S, Purdy S, Sanders T, Kadam U, Chew-Graham C. 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 Family Practice*. 2016;17:139.