

Evaluación de la funcionalidad familiar y crisis vitales en pacientes con insuficiencia cardiaca

Assessment of Family Functioning and Life Crises in Patients with Heart Failure

José Aurelio Méndez-Cázares,¹ Abraham Dinael Villegas-Sepúlveda.^{2*}

Resumen

Objetivo: describir la frecuencia de disfunción familiar y de crisis vitales en pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en el primer nivel de atención y explorar su posible asociación con hospitalización. **Métodos:** estudio transversal descriptivo. Se incluyeron 85 pacientes con diagnóstico confirmado de insuficiencia cardiaca adscritos a una unidad de medicina familiar. La funcionalidad familiar se evaluó mediante la escala FACES III y los eventos vitales estresantes mediante la escala de reajuste social de Holmes y Rahe. Se aplicaron estadísticas descriptivas y pruebas de asociación, con un nivel de significancia de $p < 0.05$. **Resultados:** 96.4% de los pacientes presentó disfunción familiar. Solo 1.2% fue clasificado con crisis vital según el punto de corte operativo utilizado; al considerar los niveles leve, moderado y grave, 15.5% presentó algún grado de reajuste social. Se identificó una diferencia estadística entre disfunción familiar y hospitalización ($\chi^2 = 6.27$; $p = 0.012$). **Conclusiones:** la disfunción familiar fue frecuente en esta muestra de pacientes con insuficiencia cardiaca; en cambio, las crisis vitales formales fueron poco representativas. La valoración del entorno familiar puede aportar información clínica útil para el seguimiento en atención primaria, aunque se requieren estudios longitudinales para evaluar su relación con hospitalización y otros desenlaces clínicos.

Palabras clave: insuficiencia cardiaca, relaciones familiares, estrés psicológico, atención primaria de salud, hospitalización.

Sugerencia de citación: Méndez-Cázares JA, Villegas-Sepúlveda AD. Evaluación de la funcionalidad familiar y crisis vitales en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Aten Fam.* 2026;33(3):157-162. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2026.3.96070>

Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recibido: 12/11/2025
Aceptado: 23/03/2026

¹Coordinación de Planeación y Enlace Institucional, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Obregón, Cajeme, Sonora, México.

²Unidad de Medicina Familiar No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Obregón, Cajeme, Sonora, México.

*Correspondencia:
Abraham Dinael Villegas-Sepúlveda
tronic_blueman@hotmail.com

Abstract

Objective: To describe the frequency of family dysfunction and life crises in patients with heart failure attending primary healthcare settings and to explore their possible association with hospitalization.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted. Eighty-five patients with a confirmed diagnosis of heart failure registered at a family medicine unit were included. Family functioning was assessed using the FACES III scale, and stressful life events were evaluated using the Holmes and Rahe Social Readjustment Rating Scale. Descriptive statistics and tests of association were applied, with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** Family dysfunction was identified in 96.4% of patients. Only 1.2% were classified as experiencing a life crisis according to the operational cutoff point used; however, when mild, moderate, and severe levels were considered, 15.5% showed some degree of social readjustment. A statistically significant association was found between family dysfunction and hospitalization ($\chi^2 = 6.27$; $p = 0.012$). **Conclusions:** Family dysfunction was common in this sample of patients with heart failure, whereas formal life crises were infrequent. Assessment of the family environment may provide clinically useful information for patient follow-up in primary care settings; however, longitudinal studies are needed to evaluate its relationship with hospitalization and other clinical outcomes.

Keywords: Heart Failure; Family Relations; Psychological Stress; Primary Health Care; Hospitalization.

Introducción

La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por la incapacidad del corazón para

mantener un gasto cardíaco suficiente para las demandas metabólicas del organismo. Constituye una causa relevante de morbilidad, reingreso hospitalario y mortalidad, además, se asocia con deterioro de la capacidad funcional, la calidad de vida y la autonomía del paciente. Su manejo requiere control farmacológico, seguimiento clínico y reconocimiento de los factores tanto sociales como emocionales que pueden influir en el autocuidado y en la evolución de la enfermedad.^{1,2}

Entre estos factores, la dinámica familiar ocupa un lugar relevante. La familia suele funcionar como red primaria de apoyo, acompañamiento y toma de decisiones en pacientes con enfermedades crónicas, en especial durante la vejez, cuando aumentan la dependencia funcional y la necesidad de asistencia. Las dificultades en la organización de roles, la comunicación, la toma de decisiones o la adaptación familiar pueden interferir con el tratamiento y con la continuidad del cuidado.³ Los sistemas familiares con cohesión insuficiente o adaptabilidad limitada también pueden mostrar menor capacidad para afrontar enfermedades complejas, por fallas en la contención emocional, la distribución de responsabilidades y el acompañamiento terapéutico.⁴

En pacientes con IC, el entorno familiar se ha relacionado principalmente con la adherencia al tratamiento y con el apoyo para el autocuidado cotidiano. Diversos estudios han descrito que un apoyo familiar adecuado favorece el cumplimiento de la medicación, la vigilancia de síntomas y la adopción de estilos de vida saludables. En contraste, los contextos familiares con baja cohesión o conflictos frecuentes pueden dificultar la organización del cuidado y la toma oportuna de decisiones.⁵⁻⁷ Estas condiciones podrían coexistir con mayor

vulnerabilidad clínica, aunque la evidencia disponible no permite atribuirles causalidad directa sobre hospitalizaciones o progresión de la enfermedad.

Los eventos estresantes y las crisis vitales también pueden influir en el autocuidado y en la estabilidad clínica. La escala de reajuste social de Holmes y Rahe identifica la carga asociada a cambios significativos en la vida del paciente, como pérdidas familiares, dificultades económicas o conflictos interpersonales. El estrés sostenido puede aumentar la activación neuroendocrina y simpática, con posible repercusión en la descompensación hemodinámica en pacientes con IC. Esta tensión también puede afectar la capacidad para mantener hábitos saludables y cumplir las indicaciones terapéuticas.⁸

En atención primaria, en la que se realiza el seguimiento longitudinal de los pacientes con IC, la valoración de la funcionalidad familiar y de los eventos vitales estresantes permite identificar condiciones psicosociales que podrían interferir con el control de la enfermedad.⁹ Incluir estas dimensiones en la consulta puede orientar intervenciones educativas y psicosociales dirigidas al paciente y a su red de apoyo, con énfasis en la toma de decisiones compartidas y el afrontamiento familiar ante la enfermedad.¹⁰

Por ello, el presente estudio tuvo como objetivo principal describir la frecuencia de disfunción familiar y de crisis vitales en pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en una unidad de atención primaria. El análisis de posibles asociaciones con el estado clínico y la hospitalización se consideró de carácter exploratorio, acorde con el diseño transversal del estudio.

Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con recolección

prospectiva de información, en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC) atendidos en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Ciudad Obregón, Sonora, durante el periodo de octubre de 2023 a septiembre de 2024.

La población estuvo conformada por pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, con diagnóstico confirmado de IC según criterios clínicos y ecocardiográficos, adscritos a la UMF No. 1 y con al menos seis meses de seguimiento en consulta. Se incluyeron pacientes que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Se excluyeron aquellos con deterioro cognitivo severo, comorbilidades psiquiátricas incapacitantes o que no completaron los instrumentos de evaluación.

El tamaño de muestra se estimó mediante la fórmula para proporciones en población finita, considerando un universo de 360 pacientes con IC registrados en la unidad (ARIMAC), un nivel de confianza de 95 %, un error máximo tolerado de 10% y una proporción esperada de crisis moderada de 48% reportada por Soto-Araujo y cols.¹¹ El cálculo arrojó un tamaño mínimo de 76 sujetos, al cual se agregó 10% por posibles pérdidas, con un tamaño final requerido de 85 participantes. La selección se realizó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

Se recabaron datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y composición familiar) y clínicos (tipo de IC, comorbilidades, hospitalizaciones previas y complicaciones).

La funcionalidad familiar se evaluó mediante la escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar FACES III, un instrumento validado que clasifica a las familias en funcionales, moderada-

Tabla 1. Características de pacientes con IC

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	49	57.6
Mujer	36	42.4
Estado civil		
Casado	49	57.6
Viudo	19	22.4
Unión libre	10	11.9
Soltero	6	7
Divorciado	1	1.2
Tipo de convivencia		
Vive con alguien	59	69.4
Vive solo	26	30.6
Nivel educativo		
Primaria	30	35.7
Secundaria	28	32.1
Medio superior	10	11.9
Superior	13	15.5
Sin escolaridad	3	3.6
Posgrado	1	1.2
Ocupación		
Jubilado/pensionado	33	38.1
Actividades no remuneradas	31	36.9
Empleo remunerado	21	25.0

mente disfuncionales y disfuncionales, considerando las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Se ha reportado consistencia interna y validez de constructo para su uso en la evaluación de funcionalidad familiar.^{12,13}

La presencia de crisis o eventos críticos se valoró mediante la escala de reajuste social de Holmes y Rahe, que cuantifica la magnitud del estrés asociado a sucesos vitales ocurridos durante el último año. Esta escala ha mostrado adecuada confiabilidad test-retest ($r > 0.80$) y validez predictiva para eventos relacionados con salud.¹⁴ Los puntajes se agruparon en tres niveles de riesgo: bajo (< 150 puntos), moderado ($150-299$) y alto (≥ 300).

A cada participante se le aplicó un cuestionario estructurado en entrevista individual durante la consulta de seguimiento en la UMF. Los datos clínicos fueron corroborados mediante el expediente electrónico institucional. Las encuestas fueron aplicadas por el investigador principal con el apoyo de personal capacitado en atención familiar.

Los datos fueron capturados y procesados en el programa SPSS v. 25.0. Se utilizaron estadísticas descriptivas, expresando las variables cuantitativas en medias y desviaciones estándar, y las cualitativas en frecuencias y porcentajes. Para explorar asociaciones entre variables se aplicaron pruebas de χ^2 de Pearson, considerando significancia estadística con $p < 0.05$.

Tabla 2. Características de IC y comorbilidades

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Tipo de IC		
IC con fracción de eyección reducida	56	66.7
Fracción moderadamente reducida	20	22.6
Fracción preservada	9	10.7
Número de comorbilidades		
Una	33	39.3
Dos	23	27.4
Tres o cuatro	15	17.9
Ninguna	14	16.7
Comorbilidad		
Diabetes mellitus	52	61.9%
Hipertensión arterial	38	45.2%
Trastornos cardiopulmonares	13	15.5%
Dislipidemias	5	6.0%
Otras	<5	<5%

Tabla 3. Hospitalizaciones y complicaciones

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Hospitalización en el último año		
Sí	76	89.4
No	9	10.6
Número de ingresos hospitalarios		
Ninguno	9	10.6
Una vez	36	42.4
Dos o más ingresos	40	47.1
Complicaciones		
Sí	37	43.5
No	48	56.5
Tipo de complicación		
Cardiovascular	36	42.4
Otra complicación	1	1.2

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Salud del IMSS con número de registro R-2024-2601-189, conforme a los principios de la Declaración de Helsinki, el Código de Núremberg y la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

Resultados

Se incluyeron 85 pacientes con diagnóstico confirmado de insuficiencia cardíaca (IC) que acudieron a control en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS. La edad media fue de 68.4±10.2 años (rango 41–88 años), con predominio del sexo masculino (57.6%). La mayoría de los pacientes se encontraban casados (57.6%) o en unión libre (11.9%), mientras que 22.6% era viudo, 7% soltero y 1.2% divorciado (tabla 1).

El tipo de IC más frecuente fue la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida, seguida de la fracción moderadamente reducida y la fracción preservada. Entre las comorbilidades registradas, las más frecuentes fueron diabetes mellitus e hipertensión arterial; también se identificaron trastornos cardiopulmonares, dislipidemias y otras condiciones clínicas. En la tabla 2 se presenta la distribución del tipo de insuficiencia cardíaca, el número de comorbilidades y las principales comorbilidades identificadas en la población de estudio.

En el último año, 76 pacientes (89.4%) refirieron al menos

una hospitalización. De ellos, 36 (42.4%) tuvieron un ingreso y 40 (47.1%) presentaron dos o más ingresos hospitalarios. Además, 37 pacientes (43.5%) reportaron complicaciones, principalmente cardiovasculares (tabla 3).

La disfunción familiar se identificó en 96.4% de los participantes, según los resultados de la escala FACES III. En las dimensiones analizadas predominaron patrones extremos de adaptabilidad caótica y cohesión aglutinada, seguidos por las categorías restantes de adaptabilidad y cohesión familiar. La tabla 4 resume la distribución de la funcionalidad familiar y de sus dos dimensiones principales.

La tabla 5 muestra los resultados obtenidos mediante la escala de reajuste social de Holmes y Rahe. De acuerdo con este instrumento, 71 participantes (84.5%) se ubicaron en la categoría sin crisis, 4 (4.8%) en crisis leve, 8 (9.5%) en crisis moderada y 1 (1.2%) en crisis grave. Un participante no contó con clasificación completa para esta variable.

Los eventos vitales reportados con mayor frecuencia fueron: cambios en los hábitos del sueño (58.3%), cambios en los hábitos personales (51.2%) y cambios en los hábitos alimentarios (42.9%). Estas categorías no fueron excluyentes, por lo que un mismo participante podía reportar más de un evento.

Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes no alcanzó puntajes compatibles con crisis según el instrumento utilizado. Sin embargo, 15.5% de los participantes presentó

algún grado de crisis, principalmente leve o moderada. Además, una proporción considerable reportó cambios cotidianos relacionados con sueño, hábitos personales y alimentación.

En el análisis exploratorio se identificó una diferencia estadística en la distribución de las variables familiares y de crisis vitales respecto a la hospitalización ($\chi^2= 6.27$; $p= 0.012$). Este resultado debe interpretarse con cautela, debido a la distribución asimétrica de la funcionalidad familiar y al bajo número de pacientes sin disfunción familiar.

Discusión

La frecuencia de disfunción familiar identificada en esta muestra de pacientes con insuficiencia cardíaca fue elevada (96.4%). Este hallazgo respalda la pertinencia de considerar el entorno doméstico dentro del seguimiento clínico, ya que la organización familiar puede influir en la adherencia, el autocuidado, la vigilancia de síntomas y la continuidad del tratamiento.¹⁵ En este estudio predominaron patrones extremos de adaptabilidad y cohesión, lo que sugiere dificultades potenciales en la distribución de responsabilidades y en la respuesta familiar ante una enfermedad crónica. Esta interpretación debe mantenerse dentro del alcance descriptivo del estudio, sin atribuir causalidad directa sobre los desenlaces clínicos.

La frecuencia de crisis vitales fue baja cuando se aplicó el punto de corte principal (1.2%). Este resultado limita la comparación con estudios en los que la carga de estrés fue mayor. Además, la escala de Holmes y Rahe se centra en eventos vitales definidos y puede no captar tensiones familiares cotidianas, sobrecarga del cuidador o conflictos persistentes de baja intensidad. Por ello, la ausencia de crisis vital formal no descarta la presencia de

estrés crónico ni de dificultades familiares clínicamente relevantes.^{8,16}

El análisis exploratorio mostró una diferencia estadística entre disfunción familiar y hospitalización. Sin embargo, la interpretación de este resultado exige cautela. La disfunción familiar estuvo presente en casi toda la muestra y el número de familias funcionales fue muy reducido, lo cual limita la estabilidad de las pruebas de asociación. Además, la baja frecuencia de crisis vitales impide sostener comparaciones robustas para esta variable. El resultado puede indicar coexistencia entre disfunción familiar e inestabilidad clínica, pero no demuestra que la dinámica familiar produzca hospitalización.

La literatura disponible respalda que el apoyo familiar puede influir en desenlaces intermedios como adherencia terapéutica, autocuidado, identificación de síntomas y búsqueda oportuna de atención. Las revisiones sobre cuidado familiar en insuficiencia cardíaca han descrito que los cuidadores no preparados pueden enfrentar mayor carga y que las intervenciones educativas familiares pueden mejorar conocimientos, autocuidado y calidad de vida.¹⁷⁻²¹ Estos mecanismos son plausibles para interpretar los resultados del presente estudio, aunque no permiten extrapolar relaciones causales a partir de un diseño transversal.

También se ha reportado que las intervenciones dirigidas a pacientes con insuficiencia cardíaca y sus cuidadores pueden reducir reingresos en ciertos contextos, aunque los efectos varían según el diseño, la intensidad de la intervención, el seguimiento y las características de la población.²²⁻²⁴ Por esta razón, la evaluación familiar debe entenderse como un componente clínico complementario, no como sustituto de la valoración cardiológica, funcional y social del paciente.

En atención primaria, los médicos y equipos de salud pueden incorporar instrumentos de valoración familiar, como FACES III, y herramientas de evaluación de eventos vitales como la escala de Holmes y Rahe, cuando exista indicación clínica. Esta integración permite identificar necesidades de apoyo, dificultades en el cuidado cotidiano y posibles barreras para el autocuidado. Las intervenciones podrían incluir educación del paciente y de su entorno, orientación sobre signos de alarma, fortalecimiento de la adherencia, asesoría psicológica y vinculación con recursos sociales. La evidencia sobre apoyo social y confianza en el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca respalda esta orientación clínica.²³

En futuras investigaciones se deberían emplear diseños longitudinales para evaluar cómo los cambios en la funcionalidad familiar se relacionan con el reingreso hospitalario de la insuficiencia cardíaca, mortalidad, calidad de vida y adherencia terapéutica. También sería pertinente explorar intervenciones familiares adaptadas a contextos latinoamericanos, con mediciones clínicas y psicosociales estandarizadas. La resistencia familiar o *family hardiness* se ha descrito como posible factor protector en pacientes cardíacos, lo que abre una línea de trabajo para programas de fortalecimiento familiar.²⁵

El presente trabajo tiene varias limitaciones. El diseño transversal impide establecer relaciones temporales o causales entre funcionalidad familiar y hospitalización por insuficiencia cardíaca. El muestreo no probabilístico por conveniencia y el tamaño muestral de 85 participantes reducen la potencia estadística y limitan la generalización de los hallazgos. La muy baja frecuencia de crisis vitales según el punto de corte principal restringe el análisis comparativo. El instrumento FACES

III evalúa cohesión y adaptabilidad, pero no mide de forma directa comunicación, apoyo emocional, carga del cuidador ni calidad del cuidado. Además, no se incluyeron variables clínicas de severidad de la insuficiencia cardíaca que podrían actuar como factores de confusión.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio muestran una alta frecuencia de alteraciones en la funcionalidad familiar en pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos en el primer nivel de atención. Las crisis vitales formales fueron poco frecuentes según el punto de corte operativo utilizado, aunque una proporción menor presentó algún grado de reajuste social. No es posible establecer si la insuficiencia cardíaca, las hospitalizaciones o los factores de estrés explican dichas alteraciones, ni si estas influyen sobre la evolución clínica. Los resultados deben interpretarse dentro del alcance descriptivo y exploratorio de un estudio transversal.

La valoración sistemática de la funcionalidad familiar y del contexto psicosocial puede aportar información útil para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas como la insuficiencia cardíaca. Incorporar la perspectiva familiar en la consulta de atención primaria permite identificar necesidades de apoyo y orientar intervenciones educativas y de acompañamiento, con el propósito de favorecer el autocuidado y el abordaje integral del paciente. Se requieren estudios analíticos y longitudinales que confirmen estas observaciones y evalúen intervenciones dirigidas al núcleo familiar.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos del centro de trabajo para la publicación de datos de pacientes y que

todos los pacientes incluidos en el estudio firmaron consentimiento informado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Financiamiento

El presente estudio no recibió financiamiento externo específico para su desarrollo.

Referencias

1. Lala A, Beavers C, Blumer V, Brewer L, De Oliveira-Gomes D, Dunbar S, et al. The Continuum of Prevention and Heart Failure in Cardiovascular Medicine: A Joint Scientific Statement from the Heart Failure Society of America and The American Society for Preventive Cardiology. *J Card Fail*. 2026;32(1):75-105.
2. Shams P, Malik A, Chhabra L. Heart Failure (Congestive Heart Failure). StatPearls [Internet]. [citado 2026 Feb 1]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430873/>
3. Mestre TD, Caldeira EV, Lopes MJ. Family Self-Care in Chronic Disease Management: An Evolving Care Pattern? *SAGE Open Nurs*. 2024;10:23779608231226068.
4. Martínez-Montilla JM, Amador-Marín B, Guerra-Martín MD, Martínez-Montilla JM, Amador-Marín B, Guerra-Martín MD. Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*. 2017;16(47):576-604.
5. da Silva AF, Cavalcanti ACD, Malta M, Arruda CS, Gandin T, da Fé A, et al. Treatment adherence in heart failure patients followed up by nurses in two specialized clinics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(5):888.
6. Dunbar SB, Clark PC, Quinn C, Gary RA, Kaslow NJ. Family Influences on Heart Failure Self-care and Outcomes. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(3):258.
7. Graven LJ, Grant JS. Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(2):320-33.
8. Wallace D, Cooper NR, Sel A, Russo R. The social readjustment rating scale: Updated and modernised. *PLoS One*. 2023;18(12):e0295943.
9. Rossouw L, Lachman AS, von Pressentin KB. An approach to heart failure for the public-sector primary care clinician. *South African Family Practice*. 2025;67(1):6126.
10. Stepanian N, Larsen MH, Mendelsohn JB, Mariussen KL, Heggdal K. Empowerment interventions designed for persons living with chronic disease - a systematic review and meta-analysis of the components and efficacy of format on patient-reported

- outcomes. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):911.
11. Soto-Araujo P, Salazar-Orozco F, Ramírez-Leyva DH, Valle-Irribé C, Medina-Serrano JM, Flores-Lujano J. Crisis, funcionalidad y tipología familiar en pacientes con cáncer de mama. *Atención Familiar*. 2022;30(1):9-14.
12. Martínez-Pampliega A, Merino L, Iriarte L, Olson DH. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de evaluación de la adaptabilidad y la cohesión familiar. *Psicothema*. 2017;29(3):414-20.
13. Barreras-Miranda MI, Muñoz-Cortés G, Pérez-Flores LM, Gómez-Alonso C, Fulgencio-Juárez M, Estrada-Andrade ME. Development and Validation of the ff Instrument to Assess Family Functioning. *Aten Fam*. 2022;29(2):65-71.
14. Chen MJ, Grobman WA, Gollan JK, Borders AEB, Gollan J. The use of psychosocial stress scales in preterm birth research DISCLOSURE: Sources of Financial Support. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(5):402-34.
15. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2020;22(8):1342-56.
16. James KA, Stromin JI, Steenkamp N, Combrinck ML. Understanding the relationships between physiological and psychosocial stress, cortisol and cognition. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023;14:1085950.
17. Hodson AR, Peacock S, Holtslander L. Family caregiving for persons with advanced heart failure: An integrative review. *Palliat Support Care*. 2019;17(6):720-34.
18. Srisuk N, Cameron J, Ski CF, Thompson DR. Trial of a family-based education program for heart failure patients in rural Thailand. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2014 D;14(1):1-9.
19. Vegas MI, Mateos-Agut M, Pineda-Otaola PJ, Sebastián-Vega C. Psychometric properties of the FACES IV package for Spanish adolescents. *Psicol Reflex Crit*. 2022 Jun 20;35(1):18.
20. Buck HG, Howland C, Stawnychy MA, Aldossary H, Cortés YI, DeBerg J, et al. Caregivers' Contributions to Heart Failure Self-care An Updated Systematic Review. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2024;39:266-278.
21. Suksatan W, Tankumpuan T, Davidson PM. Heart Failure Caregiver Burden and Outcomes: A Systematic Review. *J Prim Care Community Health*. 2022;13:21501319221112584.
22. Fleming LM, Kociol RD. Interventions for heart failure readmissions: successes and failures. *Curr Heart Fail Rep*. 2014;11(2):178-87.
23. Fivecoat HC, Sayers SL, Riegel B. Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018;17(7):598.
24. Takeda A, Martin N, Taylor RS, Taylor SJC. Disease management interventions for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(1):CD002752.
25. Peng Y, Wang J, Sun G, Liu S. Family hardiness in patients with heart failure: Exploring protective factors and identifying the mediator. *Psychol Res Behav Manag*. 2021;14:355-364.