



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

SOPORTE FAMILIAR EN PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS PARA CIRUGÍA CARDIACA, LIMA - 2025

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo académico para optar el título de Especialista en Terapia Familiar
Sistémica

Autora

Collantes Gamboa, Mayra Carolina

Asesora

Aguirre Ricaldi, Fabiola

ORCID: 0000-0002-7779-0712

Jurado

Durand Espejo, Leonor Alcira

Valcárcel Aragón, Mario Sabino

Fuentes Pizarro, Carmen del Pilar

Lima - Perú

2026

"SOPORTE FAMILIAR EN PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS PARA CIRUGÍA CARDIACA, LIMA - 2025"

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

24%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

7%

2

Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal

Trabajo del estudiante

2%

3

revistas.utm.edu.ec

Fuente de Internet

1%

4

www.coursehero.com

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.unjfsc.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

revistas.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

www.researchgate.net

Fuente de Internet

<1%

8

repositorio.uigv.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

9

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

10

www.grafiati.com

Fuente de Internet

<1%

11

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

<1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

SOPORTE FAMILIAR EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

PARA CIRUGÍA CARDIACA, LIMA - 2025

Línea de Investigación:

Salud Mental

Trabajo académico para optar el título de Especialista en Terapia Familiar Sistémica

Autora

Collantes Gamboa, Mayra Carolina

Asesora

Aguirre Ricaldi, Fabiola

ORCID: 0000-0002-7779-0712

Jurado

Durand Espejo, Leonor Alcira

Valcárcel Aragón, Mario Sabino

Fuentes Pizarro, Carmen del Pilar

Lima – Perú

2026

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
I. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Descripción del problema.....	8
1.2 Antecedentes.....	9
1.3 Objetivos.....	14
1.3.1. Objetivo General.....	14
1.3.2. Objetivos Específicos.....	14
1.4. Justificación.....	14
1.5. Impactos esperados del trabajo académico	16
II. METODOLOGIA	17
2.1. Tipo de Investigación.....	17
2.2. Ámbito temporal y local.....	18
2.3. Variables.....	18
2.4. Población y Muestra.....	21
2.5. Instrumentos.....	22
2.6. Procedimientos.....	24
2.7. Análisis de datos.....	25
2.8. Consideraciones éticas.....	26
III. RESULTADOS.....	28
IV. CONCLUSIONES.....	35
V. RECOMENDACIONES.....	36
VI. REFERENCIAS.....	37
VII. ANEXOS.....	41

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables.....	20
Tabla 2. Ficha técnica. Cuestionario de Percepción de Soporte Familiar	23
Tabla 3. Escala: Dimensiones y niveles soporte familiar.....	24
Tabla 4. Edad de los pacientes hospitalizados para cirugía cardiaca.....	28
Tabla 5. Sexo de los pacientes hospitalizados para cirugía cardiaca	29
Tabla 6. Lugar de procedencia de los pacientes hospitalizados para cirugía cardiaca..	30
Tabla 7. Nivel de soporte familiar 2025.....	31
Tabla 8. Nivel de la dimensión afectivo 2025	32
Tabla 9. Nivel de la adaptación familiar 2025.....	33
Tabla 10. Nivel de la Autonomía familiar 2025.....	34

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de los pacientes hospitalizados para cirugía cardiaca.....	28
Figura 2. Sexo de los pacientes hospitalizados para cirugía cardiaca	29
Figura 3. Lugar de procedencia de los pacientes hospitalizados para cirugía cardiaca..	30
Figura 4. Nivel de soporte familiar 2025.....	31
Figura 5. Nivel de la dimensión afectivo 2025	32
Figura 6. Nivel de la adaptación familiar 2025.....	33
Figura 7. Nivel de la Autonomía familiar 2025.....	34

Resumen

Objetivo: El propósito de este estudio es analizar el nivel de soporte familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima - 2025. **Métodos:** Se trata de una investigación descriptiva y correlacional con un enfoque cuantitativo, complementada por un diseño mixto que incluye investigación cualitativa. La población y muestra están compuestas por 24 pacientes geriátricos, tanto hombres como mujeres, con edades entre 65 y 79 años. Para la recolección de datos se utilizó el Inventario de Percepción de Soporte Familiar (IPFS), diseñado por Makilim Baptista (2009) y adaptado por Yeisy Espiritu Aguirre (2022). **Resultados:** Los hallazgos indican que el nivel de soporte familiar en estos pacientes se sitúa en un promedio medio del 54%, seguido por un 42% que presenta un alto nivel y solo un 4% con un bajo nivel. En cuanto a la dimensión afectiva consistente, se observa un alto nivel del 75%; mientras que la adaptación familiar muestra un bajo nivel del 75%. Por otro lado, la autonomía familiar presenta un nivel alto del 79%. **Conclusión:** El análisis revela que el soporte familiar para los pacientes geriátricos sometidos a cirugía cardíaca en Lima – 2025 es mayormente medio (54%). Se destaca que las familias ofrecen fuerte apoyo emocional (afecto) y promueven la independencia (autonomía), aunque muestran debilidades en su capacidad para adaptarse y reorganizarse ante las exigencias derivadas del estado de salud del paciente.

Palabras clave: Soporte familiar, geriatría, cirugía cardíaca.

Abstract

Objective: The purpose of this study is to analyze the level of family support among geriatric patients hospitalized for cardiac surgery, Lima - 2025. **Methods:** This is a descriptive and correlational study with a quantitative approach, complemented by a mixed design that includes qualitative research. The population and sample consist of 24 geriatric patients, both men and women, aged between 65 and 79 years. For data collection, the Family Support Perception Inventory (IPFS), designed by Makilim Baptista (2009) and adapted by Yeisy Espiritu Aguirre (2022), was used. **Results:** Findings indicate that the level of family support in these patients stands at a moderate average of 54%, followed by 42% presenting a high level, and only 4% with a low level. Regarding the consistent affective dimension, a high level of 75% is observed, whereas family adaptation shows a low level of 75%. On the other hand, family autonomy presents a high level of 79%. **Conclusion:** The analysis reveals that family support for geriatric patients undergoing cardiac surgery in Lima – 2025 is mostly moderate (54%). Notably, families provide strong emotional support (affection) and promote independence (autonomy), although they demonstrate weaknesses in their capacity to adapt and reorganize in response to the demands stemming from the patient's health status.

Keywords: Family support, geriatrics, cardiac surgery.

I. INTRODUCCIÓN

La familia, ya sea biológica o social, constituye una parte esencial dentro de cualquier sociedad. Funciona como el pilar fundamental que apoya a cada individuo a lo largo de su vida y actúa como defensa frente a las desigualdades inherentes a la vida diaria.

La familia, según Bowen (1978), es una unidad social básica que brinda cuidados, soporte emocional, orientación y seguridad a sus miembros. Es el núcleo fundamental para el desarrollo emocional y social de las personas.

Es por ello la importancia del papel y el apoyo que las familias representan para el sistema de salud, la familia se ve en un dilema cuando uno de sus miembros tiene una enfermedad, y más cuando esta enfermedad afecta al órgano con mayor funcionalidad, el corazón.

Debido al incremento de cardiopatías, incrementa la demanda de cirugías cardíacas, Los pacientes que se hospitalizan para estas cirugías, pueden verse afectados por situaciones de estrés. Las hospitalizaciones pueden generar estrés significativo para los pacientes debido a la separación del hogar y las preocupaciones sobre el futuro que experimentan sus familiares. Esta situación crea tensiones psicológicas tanto para los pacientes como para sus familias, quienes pueden estar influenciados por creencias erróneas sobre cirugía, anestesia o dolor.

Las enfermedades Cardiovasculares (ECV) son un problema de salud pública y defunción en el mundo, según el Informe de estadística de salud mundial (2023) de la Organización Mundial de Salud ocasionó 17,9 millones de muerte por año y en América representó 14% en menores 70 años, dada esta alta demanda de pacientes para cirugía cardíaca, el soporte familiar el apoyo familiar se convierte en un elemento crucial para facilitar la recuperación del paciente durante su proceso postoperatorio.

El soporte emocional proporcionado por la familia es vital para el bienestar físico y psicológico del paciente, este soporte ayuda a mejorar el estado de ánimo y la motivación del paciente para enfrentar los desafíos de este proceso.

La colaboración entre hospitales y familias es fundamental; una relación estrecha puede mejorar significativamente los resultados clínicos. El respaldo emocional brindado por familiares resulta esencial para garantizar no solo el bienestar físico sino también psicológico del paciente durante eventos potencialmente traumáticos como son las intervenciones quirúrgicas.

1.1. Descripción del problema

Desde la observación se pudo notar que los pacientes hospitalizados, recibían la visita de sus familiares o persona responsable en el horario determinado por el servicio; la mayoría de los pacientes fueron visitados por sus familiares durante su hospitalización, pero existe una cierta cantidad de pacientes en especial adultos mayores que se encuentran solos durante el horario de visita.

El paciente manifiesta que ello se da por motivos de distancia, ya que son de provincia, otro motivo es el tema laboral de los familiares, o otras responsabilidades que pueda tener la familia, esto conlleva que no puedan acompañar al paciente en el proceso de hospitalización; observándose en ellos diferentes reacciones emocionales y físicas que podrían afectar el antes de la cirugía y su posterior recuperación y evolución.

Según Gay (2024), señala que brindar apoyo emocional no solo beneficia a los familiares sino también al propio paciente mediante redes solidarias que favorecen su proceso recuperatorio.

En base a estas observaciones surge la interrogante: ¿Cuál es el nivel de soporte familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Según Agama et al. (2024), en su tesis titulada Apoyo familiar y calidad de vida en el adulto mayor de un centro geriátrico privado, Lima – 2024, se busca establecer la relación entre el apoyo familiar y la calidad de vida de los adultos mayores en un Centro Geriátrico Privado en Lima. La investigación emplea una metodología básica, con un diseño no experimental y un enfoque cuantitativo, correlacional y transversal. Se llevó a cabo con un grupo de 120 personas mayores. Las conclusiones indican que “el apoyo familiar está relacionado con la calidad de vida, ya que influye en la autorrealización, objetivos y metas”, además se señala que “un adecuado apoyo familiar mejora la calidad de vida de los adultos mayores”.

Por otro lado, Cedeño et al. (2023) realizaron un estudio titulado El apoyo familiar y su influencia en la atención de los adultos mayores, cuyo objetivo es diagnosticar el estado actual del apoyo familiar en la atención a los adultos mayores en la comunidad Agua Fría. Este estudio no experimental se fundamenta en un enfoque sociocrítico y utiliza una metodología mixta, que combina elementos descriptivos y transversales. Se analizó a 83 familias que incluían a 122 adultos mayores; de estos, 98 cumplieron con los criterios para el análisis cuantitativo mediante el uso del Cuestionario de Apoyo Social Percibido MOS. Para el análisis cualitativo, se llevaron a cabo entrevistas profundas con informantes clave, incluyendo a 10 familiares. Los resultados revelaron que las redes familiares y las instituciones de salud son las más valoradas como apoyo, destacando que las dimensiones sociales e instrumentales son predominantemente efectivas. Es crucial que tanto profesionales de salud como familias reconozcan la importancia del respaldo brindado a los adultos mayores.

En otra investigación realizada por Carhuallanqui et al. (2021), titulada Fragilidad en adultos mayores con falla cardíaca crónica en un hospital de Lima, se destaca una alta prevalencia de fragilidad entre pacientes mayores de 60 años involucrados en programas para esta condición. Además, se observa que los pacientes más ancianos con múltiples comorbilidades presentan mayor riesgo de fragilidad, lo cual resalta la necesidad imperiosa de realizar evaluaciones integrales y cribados oportunos para diseñar programas adecuados para prevención secundaria.

Asimismo, Ramos (2024), al investigar sobre “Integración de la familia en la atención del paciente en la Unidad de Cuidados Críticos: impacto en la recuperación y bienestar emocional”, concluye que incluir a la familia dentro del proceso asistencial es esencial para el bienestar físico y emocional del paciente crítico. Las teorías revisadas respaldan esta afirmación al enfatizar que contar con un entorno familiar solidario facilita al paciente adaptarse mejor a su enfermedad y tratamiento.

Finalmente, Jirón et al. (2022) también contribuyen al tema con su investigación titulada El papel de la familia en el proceso rehabilitación del paciente. Ellos concluyen que “la familia juega un papel fundamental durante el proceso rehabilitador del paciente”, ya que su presencia influye notablemente en motivación y actitud frente al tratamiento; por contrario, si no hay acompañamiento familiar o si hay abandono, disminuye significativamente las probabilidades de adherencia al tratamiento; mientras que su apoyo puede incentivar una recuperación más rápida y efectiva del paciente.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Según Ting Shen et al. (2025). En su investigación: "The Effect of Family Support on Self-Management Behavior in Postoperative Cardiac Surgery Patients: A Cross-Sectional Study", El estudio tiene como objetivo: investigar el impacto de los niveles de apoyo familiar en los comportamientos de autocuidado en pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca, proporcionando una base para intervenciones de rehabilitación cardíaca basadas en la familia. Se mapeo a 76 pacientes que se habían sometido a cirugías vasculares mayores un mes antes y que posteriormente fueron dados de alta del departamento de cardiología del hospital. Los participantes completaron cuestionarios que evaluaban detalles demográficos, apoyo familiar, estado psicológico y prácticas de autocuidado, esta investigación nos dice: el papel del apoyo familiar debe considerarse plenamente en el desarrollo de programas de RC en el futuro, y se deben implementar intervenciones específicas para mejorar este apoyo, mejorando así potencialmente los resultados de los pacientes y la adherencia a los programas de RC.

Según Kitko et al. (2020). En su investigación: Family Caregiving for Individuals With Heart Failure, quien tiene como objetivo evaluar las intervenciones de cuidado en Insuficiencia cardíaca, para apoyar los resultados del cuidador y del paciente y el objetivo de caracterizar el rol de cuidado en IC y cómo cambia con la trayectoria de la enfermedad, se evaluó hasta 13 estudios de diferentes enfoques como la educación, desarrollo de habilidades y manejo del estrés del cuidador y cuidado de sí mismo; teniendo como resultados: Los cuidadores son de vital importancia para la atención longitudinal de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

Según Goldfarb et al. (2022). En su investigación: "Engaging Families in Adult Cardiovascular Care: A Scientific Statement From the American Heart Association". Journal of the American Heart Association, El objetivo del estudio es involucrar a las familias en la

atención es mejorar la experiencia de atención para lograr mejores resultados tanto para los pacientes como para los miembros de la familia, nos dice que existe evidencia emergente de que involucrar a los miembros de la familia en la atención mejora los resultados importantes para la persona y la familia. Involucrar a las familias en la atención cardiovascular de adultos implica un cambio de paradigma en la organización actual y la prestación de atención cardíaca aguda y crónica. Muchos profesionales de la salud cardiovascular tienen una conciencia limitada del papel y los beneficios potenciales de la participación familiar en la atención. Además, muchos no identifican oportunidades para involucrar a los miembros de la familia.

Según Drakenberg et al. (2025). En la investigación: Family Involvement in Relation to Elective Open-Heart Surgery: A Critical Incident Technique Study From a Family Member Perspective, quienes tuvieron como objetivo, explorar y describir las experiencias y acciones de situaciones importantes de participación familiar expresadas por familiares de pacientes que se sometieron a cirugía electiva a corazón abierto en Suecia. Se tuvo como metodología, La técnica de incidentes críticos utilizada es un método cualitativo apropiado para identificar problemas relacionados con problemas clínicos y se analizó entrevistas individuales con 29 familiares de pacientes que se sometieron a cirugía a corazón abierto en Suecia en 2023 utilizando la técnica de incidencia crítica, tal como se aplica en enfermería y ciencias de la salud. Teniendo como conclusión: La participación de la familia, en términos de ser informados y bienvenidos, condujo a una mejor capacidad para cuidar a sus seres queridos. Se deben considerar intervenciones de apoyo emocional dirigidas a las familias en relación con la cirugía a corazón abierto de un ser querido.

Delgado et al. (2020) abordan en su revisión bibliográfica "Apoyo Emocional Familiar hacia Pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos" cómo la participación familiar

proporciona un soporte emocional crucial al paciente, reduciendo su sufrimiento psicológico. Concluyen que el aislamiento del paciente crítico respecto a su familia tiene repercusiones negativas tanto para el paciente como para sus seres queridos, siendo esencial el apoyo emocional familiar durante el proceso recuperativo.

Según Párraga et al. (2022), en su estudio titulado "Apoyo familiar en la recuperación del paciente con infarto agudo de miocardio", se busca evaluar cómo el apoyo familiar impacta en la recuperación de pacientes que han sufrido un IAM. Para ello, se llevó a cabo una investigación de campo, de tipo transversal observacional, con una muestra de 88 pacientes diagnosticados con IAM. Los hallazgos concluyen que un soporte familiar integral es crucial durante las etapas de recuperación del paciente, ya que contribuye a mejorar la adherencia a los tratamientos y facilita la adaptación a un nuevo estilo de vida, reduciendo así el riesgo de recaídas y complicaciones. También subrayan que las unidades intensivas suelen generar alto estrés debido al entorno desafiante tanto para pacientes como familiares; sin embargo, frecuentemente se descuidan las necesidades emocionales familiares por parte del personal sanitario.

Según Parrales et al. (2020). En su investigación: La familia en el cuidado de los adultos mayores, esta investigación tiene dos objetivos: Identificar los aspectos que tipifican la Situación Social de Desarrollo en la tercera edad y establecer el papel de la familia en el cuidado de los adultos mayores. El estudio aporta elementos de orden teórico y práctico en torno al cuidado de los ancianos. La presente investigación clasifica como descriptiva con aporte teórico. Para la obtención de resultados se emplearon métodos en los niveles teórico y empírico. nos indica como conclusión que “La familia constituye la red de apoyo social más

importante para los adultos mayores. Es imprescindible para el anciano sentirse útil y querido por sus familiares.”

Como se evidencia según los antecedentes en especial los internacionales donde se tiene mayores investigaciones se pueden resumir que el soporte familiar es un factor crítico y positivo en la recuperación y los resultados de salud en pacientes sometidos a cirugía cardíaca o que han sufrido eventos cardiovasculares graves.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Analizar el nivel de soporte familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca en Lima - 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar el nivel de adaptación familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca en Lima – 2025.

Identificar el nivel de lo afectivo consistente de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca en Lima - 2025.

Identificar el nivel de autonomía familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca en Lima – 2025.

1.4. Justificación

La presente investigación se justifica por la necesidad de comprender en profundidad cómo se manifiesta el soporte familiar en un grupo de pacientes particularmente vulnerable y en un contexto institucional específico como un hospital en el Perú. Los hallazgos de este

estudio tienen el potencial de informar la práctica clínica, mejorar la calidad de la atención y sentar las bases para futuras investigaciones en este importante campo.

En el aspecto teórico, esta investigación se sustenta fundamentalmente en la Teoría del Apoyo Social, ya que, Según Cobb, S. (1976) quien define el apoyo social como la información que hace que una persona crea que es amada, valorada, estimada y que pertenece a una red de comunicación y obligaciones mutuas. y en el marco conceptual de la Gerontología. Además de que existe limitada evidencia científica en el contexto de Lima (Perú) y, más específicamente, en la intersección de pacientes geriátricos, cirugía cardíaca y soporte familiar. Por lo que este estudio llenará este vacío, ofreciendo datos empíricos y contextualizados a la realidad socioeconómica y cultural local, los cuales son vitales para la investigación latinoamericana.

En el aspecto práctico, el análisis permitirá identificar las fortalezas y, crucialmente, las carencias específicas en el apoyo familiar que reciben estos pacientes. Esto incluye aspectos emocionales, logísticos, económicos y de información. El estudio puede ofrecer una herramienta o marco de referencia para que el personal hospitalario evalúe rutinariamente el riesgo de bajo soporte familiar antes de la cirugía, permitiendo la toma de acciones preventivas.

En el aspecto social, el estudio posee una marcada justificación social al centrarse en un grupo poblacional vulnerable (adultos mayores) y un evento de salud de alto impacto (cirugía cardíaca), con potencial para influir en la práctica clínica y la política de salud en Lima. Este estudio aborda una temática crucial para la población geriátrica, un grupo etario en crecimiento que frecuentemente enfrenta mayores riesgos de salud y dependencia. La cirugía cardíaca es un evento de gran estrés y riesgo, y el soporte familiar es vital para su supervivencia, bienestar y calidad de vida postoperatoria.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Se busca mejorar la relación terapéutica, proporcionando información que permita al equipo multidisciplinario diseñar intervenciones que fortalezcan a este cuidador, reconociendo su rol fundamental en la evaluación y la continuidad de los cuidados.

El trabajo resalta la importancia de la dimensión familiar y social del paciente, contribuyendo a una atención más holística y centrada en la persona y no solo en la enfermedad. Reconoce a la familia como un recurso vital, no solo como una visita, permitiendo a los equipos de cardiología y geriatría identificar a los pacientes con mayor riesgo de un bajo soporte familiar antes de la cirugía. Esto es clave para implementar intervenciones tempranas (como consejería social, derivación a psicología o planificación de cuidados paliativos), lo que puede reducir las tasas de reingreso, las complicaciones y el tiempo de estancia hospitalaria.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de Investigación:

Descriptiva y/o correlacional con un enfoque cuantitativo, también se empleará un diseño mixto con el fin de profundizar en las experiencias a través de la investigación cualitativa.

2.1.1. *Descriptiva:*

Es fundamental describir cómo se está brindando y percibiendo el soporte familiar en el contexto específico de pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca. Según Arias (2012), la investigación descriptiva busca caracterizar un hecho, fenómeno, individuo o grupo con el propósito de determinar su estructura o comportamiento.

2.1.2. *Correlacional:*

Es muy probable que analice si existe alguna relación entre el nivel de soporte familiar percibido y otras variables relevantes, Según Mejía (2017) este tipo de investigación es no experimental y consiste en medir dos variables para establecer una relación estadística entre ellas (correlación).

2.1.3. *Cuantitativo:*

Para medir el "nivel" de soporte familiar y otras variables de manera sistemática y poder realizar análisis estadísticos para identificar correlaciones, un enfoque cuantitativo utilizando instrumentos validados (cuestionarios) sería el más apropiado. Sin embargo, usare también un componente CUALITATIVO:

2.1.4. Cualitativo:

Se realizará entrevistas para complementar los datos cuantitativos y obtener una comprensión más profunda de las experiencias, significados y matices del soporte familiar desde la perspectiva de los pacientes y sus familias. Esto enriquecería la investigación y proporcionaría un contexto más amplio a los hallazgos cuantitativos.

2.2. Ámbito temporal y local

2.2.1. Ámbito Local:

El estudio se llevará a cabo en el distrito de Jesús María, provincia de Lima, Departamento de Lima, País Perú.

2.2.2. Ámbito Temporal:

Año 2025: Este es el período durante el cual se llevará a cabo la recolección de datos para la investigación, durante los meses de octubre y noviembre del 2025

2.3. Variables

2.3.1. Variable Principal:

Soporte Familiar: Esta es la variable central que analizaré en esta investigación y se analizará a partir de cuatro dimensiones.

El soporte familiar, según Baptista y Oliveira (2004), nos dice que se manifiesta por medio de acciones que demuestran atención, cariño, diálogo, refuerzo, afirmación, validación y estímulo; todo ello basado en un respeto incondicional positivo y cuidado que incluye comprensión, respeto, empatía, compasión y amor.

2.3.1.1. Soporte Emocional: Se refiere a la provisión de afecto, cariño, empatía, comprensión, ánimo y la sensación de ser cuidado y valorado por los miembros de la familia.

2.3.1.2. Soporte Instrumental (o Tangible): Incluye asistencia práctica directa en actividades cotidianas como cuidados personales o gestiones relacionadas con la hospitalización (por ejemplo: transportar objetos personales o ayudar con trámites) e incluso apoyo económico si es necesario.

2.3.1.3. Soporte Informacional: Se refiere a la provisión de consejos, sugerencias, información relevante sobre la enfermedad, el tratamiento, los cuidados postoperatorios y los recursos disponibles.

2.3.1.4. Soporte Valorativo (o de Autoestima): Implica la afirmación del valor personal del paciente, el reconocimiento de sus capacidades, la expresión de confianza en su recuperación y la validación de sus sentimientos y experiencias.

Tabla 1*2.3.2. Operacionalización de variables:*

Variable	definición Conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	ítems	Instrumento	Escala
Soporte Familiar	El soporte familiar, según Baptista y Oliveira (2004), se expresa a través de comportamientos que reflejan atención, cariño, comunicación, refuerzo, validación y estímulo. Esto se manifiesta mediante un respeto positivo e incondicional y cuidado, que incluye elementos como comprensión, empatía, compasión y amor.	El soporte familiar será evaluado a través de las puntuaciones del Inventario de Percepción de Soporte Familiar (IPSF). Este instrumento consta de 25 ítems que se distribuyen en tres dimensiones: afectivo consistente (10 ítems), adaptación familiar (8 ítems) y autonomía familiar (7 ítems). Las calificaciones se asignan con las siguientes puntuaciones: Nunca (1), A veces (2) y Siempre (3).	Afectivo consistente	Respeto Apoyo Empatía	1 al 10	El Inventario de Percepción de Soporte Familiar fue desarrollado por la investigadora Makilim Nunes Baptista en 2009 y adaptado posteriormente por Espiritu Y. & Ochoa S. en 2022. La escala utilizada es ordinal.	ordinal
			Adaptación familiar	Aceptación Adopción de preguntas	11 al 18		
			autonomía familiar	Confianza Libertad Privacidad	19 al 25		

2.4. Población y Muestra

2.4.1. Población:

La población, según Hernández (2014) enfatiza que la población no es solo un grupo de personas, sino cualquier conjunto de personas que compartan criterios de inclusión estrictamente definidos por el investigador.

Según la OMS considera adulto mayor a partir de los 60 años a más, en esta investigación se analizará a todos los pacientes adultos mayores desde los 65 años a más, que fueron hospitalizados para someterse a una cirugía cardíaca, durante el mes de setiembre del año 2025.

2.4.2. Muestra:

La muestra, según Arias (2012) menciona el propósito de la muestra como la fuente real de los datos que se recolectarán y analizarán. Siendo entonces el subgrupo de la población que realmente participará en la investigación, considerando las limitaciones de tiempo y recursos, es probable que no se pueda estudiar a todos los pacientes que fueron sometidos a cirugía cardíaca durante el año 2025. Por lo tanto, necesitare seleccionar una muestra representativa de esta población.

Para determinar mi muestra, debes considerar lo siguiente:

2.4.2.1. Tamaño de la Población (N): Se obtendrá una estimación del número total de pacientes adultos que fueron hospitalizados para cirugía cardíaca durante el año 2025.

2.4.2.2. Nivel de Confianza: Es la probabilidad de que los resultados obtenidos en mi muestra sean representativos de la población. Los niveles de confianza más comunes son 90%,

95% o 99%.

2.4.2.3. Margen de Error (o Error Muestral): Es la cantidad máxima de diferencia que estaré dispuesta a aceptar entre los resultados de mi muestra y los verdaderos valores de la población. Los márgenes de error comunes son 3%, 5% o 7%.

2.4.2.4. Varianza de la Población: Como no conozco la varianza exacta del soporte familiar en mi población, utilizaré una estimación conservadora (por ejemplo, asumir la máxima varianza posible, que ocurre cuando la proporción es 0.5 o 50%).

2.4.2.5. Tamaño de la Muestra: Una vez que tengas una estimación del tamaño de la población y haya definido mi nivel de confianza y margen de error deseados, utilizaré una fórmula para calcular el tamaño de la muestra necesaria.

Para determinar el tamaño muestral se empleará la fórmula para poblaciones grandes (Hernández-Sampieri et al., 2020),

$$n = \frac{Z^2 \times p(1 - p)}{E^2}$$

Nota: Z = valor Z para el nivel de confianza
p = proporción estimada, E = margen de error.

2.5. Instrumentos:

La técnica utilizada para la recolección de información es la encuesta, ya que se recopilarán datos mediante un conjunto de preguntas estandarizadas sobre un tema específico, que se incluirán en un formulario, según Arias en 2012.

Para el análisis del soporte familiar, se utilizó el "Inventario de Percepción de Soporte Familiar" (IPSF), desarrollado por el investigador Makilim Nunes Baptista en 2009, con el propósito de evaluar la percepción del apoyo familiar, se presenta la ficha técnica:

Tabla 2

Ficha técnica. Cuestionario de Percepción de Soporte Familiar

Nombre original	Cuestionario de Percepción de Soporte Familiar
Autor original	Nunes Baptista Makilim
Adaptado por	Espíritu Aguirre Yeisy
Año de publicación	2009
Objetivos	Analizar el nivel de soporte familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca en Lima - 2025.
Usuarios	Adultos mayores
Descripción	El cuestionario original sobre la percepción del soporte familiar consta de 42 ítems, mientras que la versión adaptada por la investigadora incluye 25 ítems, distribuidos en tres dimensiones: Afectivo Consistente, que contiene 10 ítems; Adaptación Familiar, con 8 ítems; y Autonomía Familiar, que abarca 7 ítems.
Dimensiones	Afectivo Consistente Adaptación Familiar Autonomía Familiar
Validez	La primera implementación del "Inventario de percepción de soporte familiar" (ISFS) diseñado por Baptista (2009) tuvo como objetivo evaluar el apoyo

	familiar en un grupo de 254 estudiantes universitarios con edades entre 18 y 48 años. Este inventario posee validez de contenido otorgada por el Sistema de Evaluación de Testes Psicológicos (SATEPSI) del Consejo Federal de Psicología en Brasil, presentando un coeficiente alfa de Cronbach de 0,97 y una validez confirmada a través de las pruebas KMO y Bartlett, con un resultado de 0,915.
Confiabilidad	Se realizó una prueba piloto con el 30% del total de pacientes en la Clínica Sin Adicciones Perú. Para evaluar la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0,75, considerado excelente según Herrera (1998).

Tabla 3

Escala: Dimensiones y niveles soporte familiar

<i>Escala</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
Afectivo consistente	(10-16)	(17-23)	(24-30)
Adaptación familiar	(8-12)	(13-18)	(19-24)
Autonomía Familiar	(7-11)	(12-16)	(17-21)
Total	(25-41)	(42-58)	(59-75)

Nota: Dimensiones y niveles de Soporte Familiar 2022, por Yeisy Espiritu Aguirre.

2.6. Procedimientos

2.6.1. Obtención de Permisos y Aprobaciones Éticas:

2.6.1.1. Elaboración del Protocolo de Investigación: Se elaborará un documento detallado que incluya la justificación, objetivos, marco teórico, metodología (tipo de estudio,

población, muestra, instrumentos, procedimientos de recolección y análisis de datos, consideraciones éticas).

2.6.1.2. Diseño y Validación de Instrumentos de Recolección de Datos:

A. Selección o Adaptación de Instrumentos: Identificaré cuestionarios validados que midan las dimensiones del soporte familiar.

2.7. Análisis de datos

2.7.1. Recolección de Datos: Identificación y Selección de Participantes:

2.7.1.1. Acceso al Listado de Pacientes: Accederé a los registros de pacientes adultos hospitalizados para cirugía cardíaca durante el periodo definido (Se tiene contacto directo con dichos pacientes).

2.7.1.2. Aplicación de Criterios de Inclusión y Exclusión: Filtraré el listado de pacientes según mis criterios de inclusión (edad, diagnóstico de cirugía cardíaca, hospitalización, capacidad de comprender y responder al instrumento) y exclusión (posibles condiciones que impidan la participación, como deterioro cognitivo severo, estado crítico).

2.7.1.3. Selección de la Muestra: Utilizaré el método de muestreo definido (aleatorio simple, estratificado, etc.) para seleccionar a los participantes que formarán parte de tu muestra.

2.7.1.4. Invitación y Obtención del Consentimiento Informado:

A. Contacto con los Pacientes: Me acercaré a los pacientes elegibles, para explicarles los objetivos de la investigación, su participación voluntaria, la confidencialidad de sus respuestas y sus derechos como participantes. Proporcionaré a los pacientes un documento de

consentimiento informado asegurándome que comprendan la información y obtendré su firma antes de proceder con la recolección de datos.

B. Aplicación de los Instrumentos de Recolección de Datos: Se realizará un cuestionario y registrare las respuestas de manera precisa y organizada, y se tendrá un sistema para su almacenamiento seguro.

C. Análisis e Interpretación de Datos: Ingresare los datos recolectados en un software estadístico (Excel) para su análisis. Verificaré la exactitud de los datos ingresados.

D. Análisis Estadístico Descriptivo: Utilizaré técnicas estadísticas descriptivas para resumir las características del soporte familiar percibido por los pacientes. Esto puede incluir el cálculo de frecuencias, porcentajes, medias, medianas, desviaciones estándar, rangos, etc., para cada una de las dimensiones del soporte familiar.

E. Presentación de Resultados: Organizaré y presentaré los resultados de manera clara y concisa utilizando tablas y figuras.

2.8. Consideraciones éticas:

2.8.1. Consentimiento Informado:

2.8.1.1. Voluntariedad: La participación de los pacientes será de manera voluntaria.

2.8.1.2. Información Clara y Completa: Se proporcionará a los pacientes una explicación clara y comprensible sobre los objetivos de la investigación, los procedimientos que se llevarán a cabo, la duración estimada de su participación, los posibles riesgos y beneficios, y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte su

atención médica.

A. Capacidad para Consentir: Los pacientes deben tener la capacidad cognitiva para comprender la información proporcionada y tomar una decisión informada. Si un paciente no tiene esta capacidad, se debe buscar el consentimiento de su representante legal.

B. Documentación del Consentimiento: Se tendrá el consentimiento informado por escrito a través de un formato que el paciente (o su representante) debe firmar.

C. Confidencialidad y Anonimato: Se Garantiza que la identidad de los participantes se mantendrá confidencial en todas las etapas de la investigación.

Se Asignará códigos numéricos a cada participante en lugar de utilizar sus nombres y se almacenará los datos recolectados de forma segura.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados

Tabla 4.

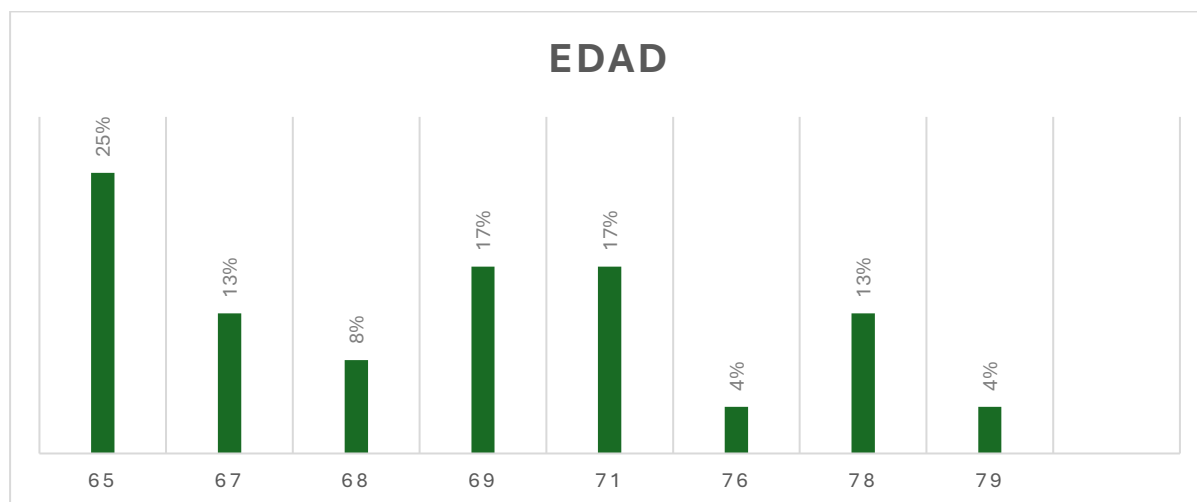
Distribución en frecuencia y porcentaje por edad de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
65	6	25%
67	3	13%
68	2	8%
69	4	17%
71	4	17%
76	1	4%
78	3	13%
79	1	4%
Total	24	100%

Nota. Edad de los pacientes hospitalizados para cirugía cardíaca.

Figura 1

Distribución en porcentaje por edad de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.



Interpretación: De acuerdo con la Tabla 1 y Figura 1, se observa que, de los 24 pacientes encuestados el 25% tienen 65 años, el 13% tiene 67 años, el 8% tiene 68 años, el 17 % tiene 69 años, el 17 %tiene 71 años, el 13 % tiene 78 años y solo el 4% tiene 79 años.

Tabla 5.

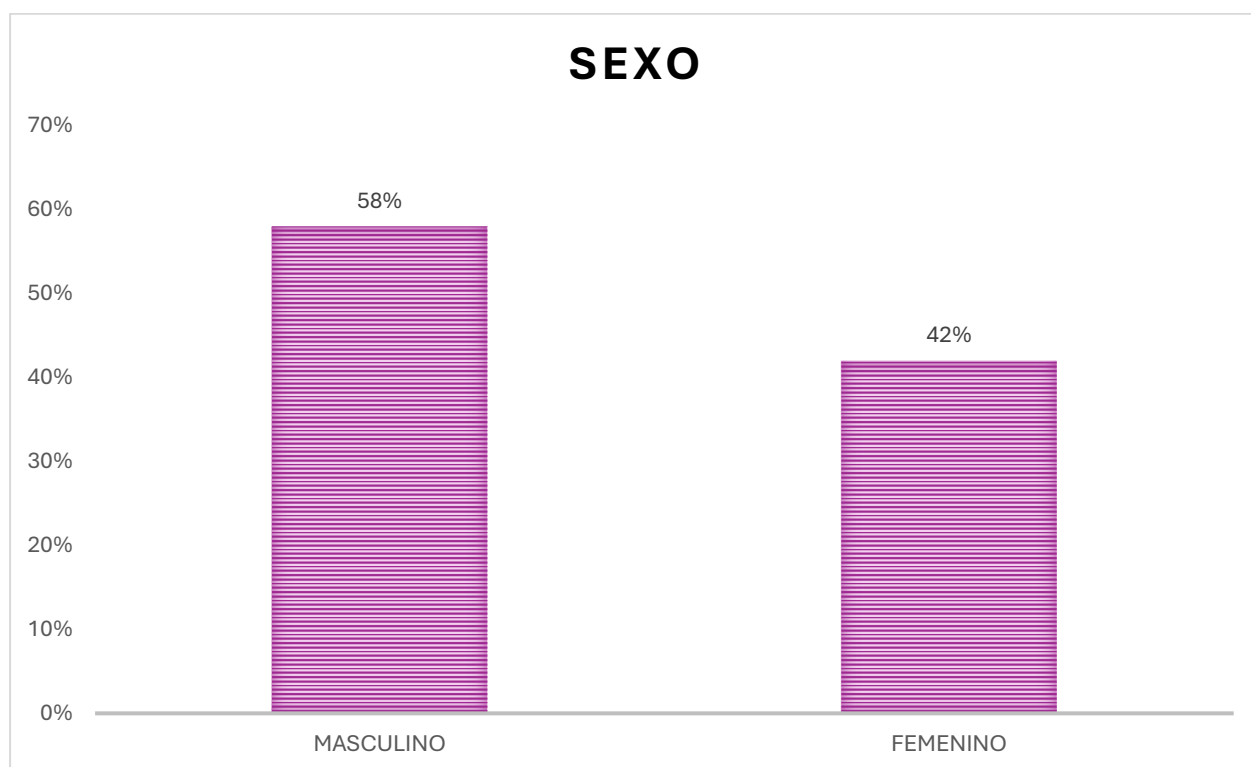
Distribución en frecuencia y porcentaje por sexo de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	14	58%
FEMENINO	10	42%
Total	24	100%

Nota. Sexo de los pacientes hospitalizados para cirugía cardíaca.

Figura 2

Distribución en porcentaje por sexo de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.



Interpretación: Según la Tabla 2 y Figura 2, de los 24 pacientes encuestados el 58% (14) son del sexo masculino, mientras que el 42% (10) son del sexo femenino.

Tabla 6.

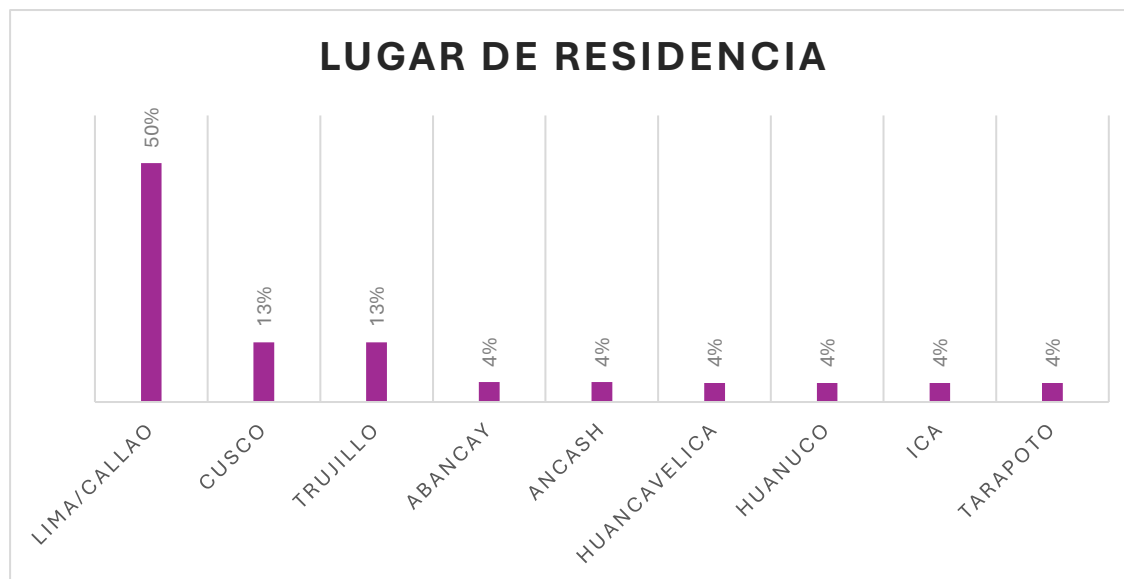
Distribución en frecuencia y porcentaje del lugar de residencia de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.

LUGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lima/Callao	12	50%
Cusco	3	13%
Trujillo	3	13%
Abancay	1	4%
Ancash	1	4%
Huancavelica	1	4%
Huánuco	1	4%
Ica	1	4%
Tarapoto	1	4%
Total	24	100%

Nota. Lugar de procedencia de los pacientes hospitalizados para cirugía cardíaca.

Figura 3

Distribución en porcentaje por sexo de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.



Interpretación: Según la Tabla 3 y Figura 3, se observa que, de los 24 pacientes encuestados, el 50% viven actualmente en Lima, el 13% vive en Cusco, el 13% vive en Trujillo, mientras que los de Abancay, Ancash, Huancavelica, Huánuco, Ica y Tarapoto cada uno representa el 4% de los encuestados.

Tabla 7.

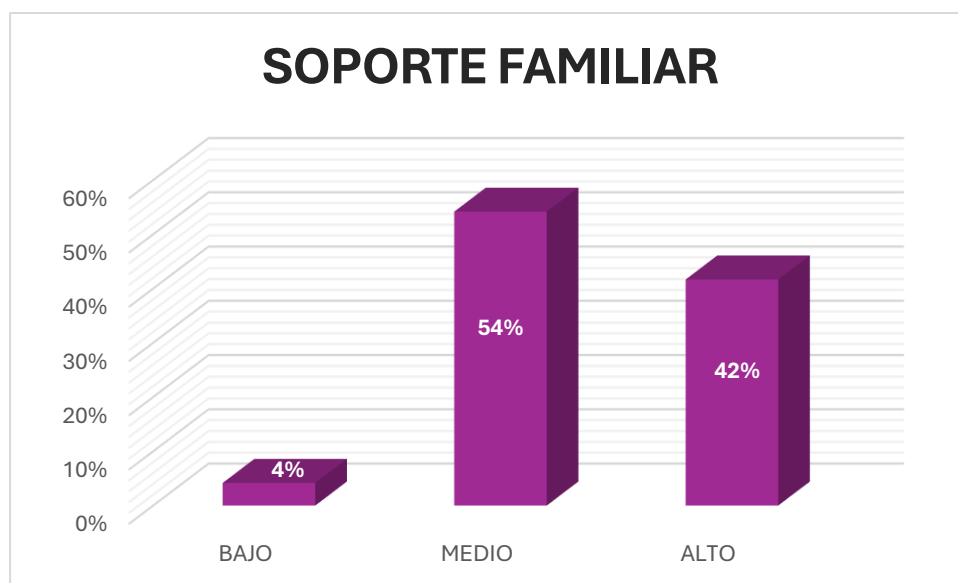
Distribución en frecuencia y porcentaje del soporte familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	1	4%
Medio	13	54%
Alto	10	42%
Total	24	100%

Nota. Nivel de soporte familiar 2025.

Figura 4

Distribución en porcentaje del soporte familiar, conseguidos de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.



Interpretación: Según la Tabla 4 y Figura 4, se observa que de los 24 paciente encuestados el 54% refiere sentir que recibe un nivel de soporte familiar medio, seguido de 42 % que siente que recibe un nivel alto y el 4% recibe un nivel bajo de soporte familiar. Se puede afirmar que el soporte familiar percibido por los pacientes es mayoritariamente positivo y constante (medio a alto), pero se puede implementar estrategias que eleven el nivel de soporte de "medio" a "alto" y así también asegurar la protección del pequeño grupo con soporte "bajo".

Tabla 8.

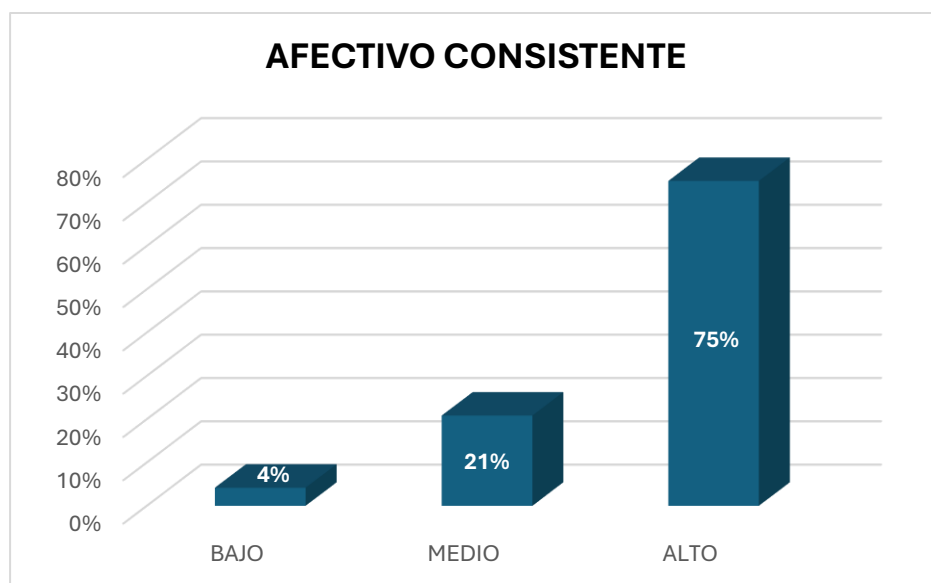
Distribución en frecuencia y porcentaje de la dimensión afectivo consistente de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	1	4%
Medio	5	21%
Alto	18	75%
Total	24	100%

Nota. Nivel de la dimensión afectivo consistente 2025.

Figura 5

Distribución en porcentaje de la dimensión afectivo consistente, obtenidos de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.



Interpretación: De acuerdo con la Tabla 5 y Figura 5, se observa que, de los 24 pacientes encuestados, el 75% considera que en su familia se tiene un nivel alto de la dimensión afectivo consistente, el 21% lo considera medio y el 4% considera tenerlo bajo. Se puede afirmar que, en esta muestra, la dimensión afectivo consistente es el principal pilar del soporte familiar. La familia es percibida como una fuente estable de apoyo emocional y afecto para los encuestados.

Tabla 9.

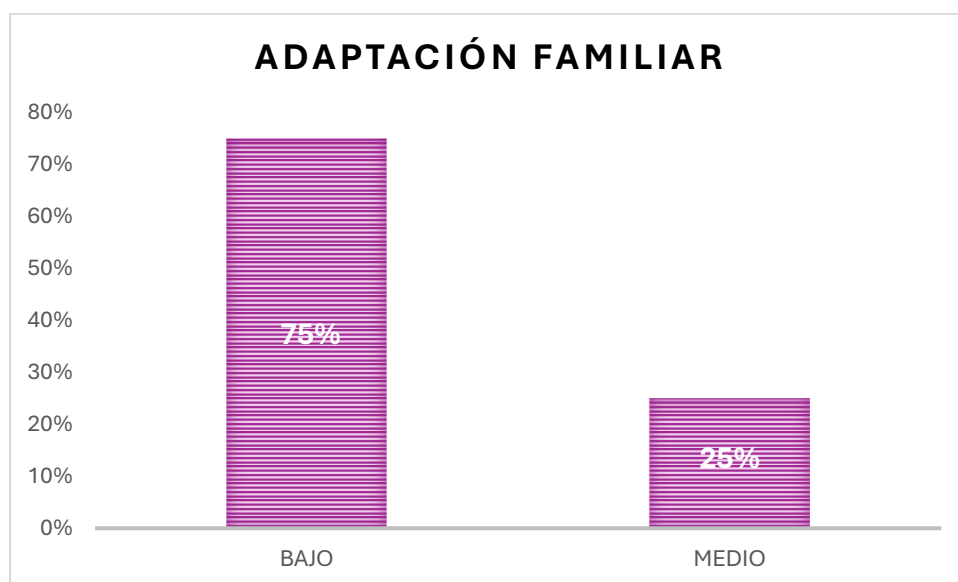
Distribución en frecuencia y porcentaje de la dimensión adaptación familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.

NIVEL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	18	75%
Medio	6	25%
Total	24	100%

Nota. Nivel de la adaptación familiar 2025.

Figura 6

Distribución en porcentaje de la dimensión adaptación familiar, obtenida de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.



Interpretación: Según la Tabla 6 y Figura 6, de los 24 pacientes, el 75% manifiesta que la dimensión adaptación familiar de su familia es bajo, mientras que el 25 % lo considera en nivel medio. Se puede afirmar que, aunque los pacientes se sienten amados y apoyados emocionalmente (afecto alto), la familia tiene una enorme dificultad para realizar los cambios prácticos, logísticos o estructurales que la situación del paciente pueda requerir.

Tabla 10.

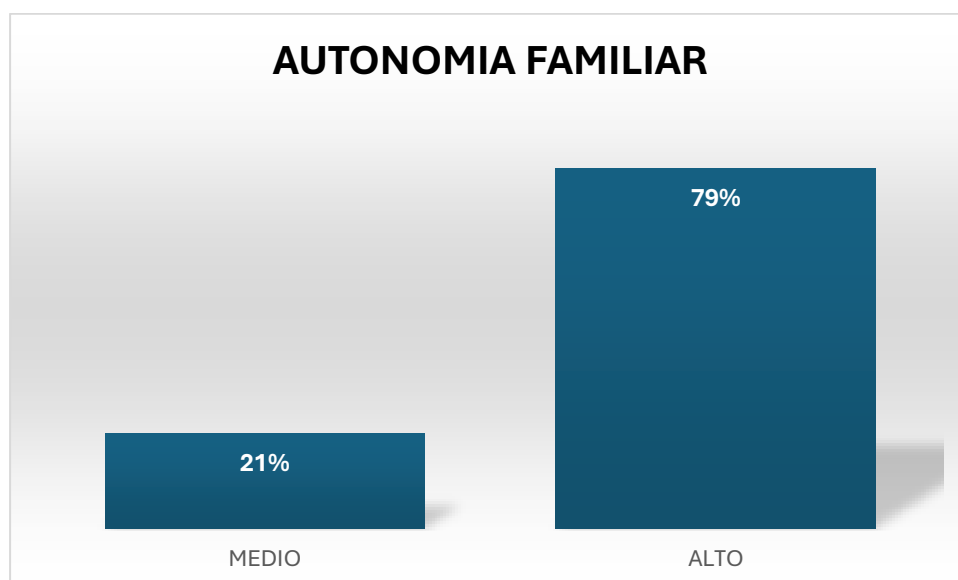
Distribución en frecuencia y porcentaje de la dimensión autonomía familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medio	5	21%
Alto	19	79%
Total	24	100%

Nota. Nivel de la Autonomía familiar 2025.

Figura 7

Distribución en porcentaje de la dimensión autonomía familiar, obtenido de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima – 2025.



Interpretación: Según la Tabla 7 y Figura 7, de los 24 pacientes, el 79% manifiesta que la dimensión autonomía familiar de su familia es alto, mientras que el 21 % lo considera en nivel medio. Se puede afirmar que los pacientes y sus familias promueven la independencia y la toma de decisiones personales.

IV. CONCLUSIONES

- El nivel de soporte familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca se encuentra en un nivel medio con un 54%, seguido de un nivel alto con 42% y con un nivel bajo el 4%. el soporte familiar percibido por los pacientes es mayoritariamente positivo y constante.
- Para el caso de nivel de Afectivo consistente de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca se encuentra en un nivel alto con un 75%, seguido de un nivel medio con 21% y con un nivel bajo el 4%, se muestra un porcentaje alto, es importante que la familia siga ofreciendo afecto, apoyo, respeto y empatía, para que esto lleve a una adecuada recuperación del paciente.
- Con relación del nivel de adaptación familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca se encuentra en un nivel bajo con un 75%, seguido de un nivel medio con 25%. Se evidencia que los pacientes no tienen una buena adaptación familiar, tanto el paciente y su familia, no están preparados para asumir estos cambios pudiendo afectar a la recuperación de los pacientes.
- En el caso del nivel de autonomía familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca se encuentra en un nivel alto con un 75%, seguido de un nivel medio con 25%, se muestra un resultado optimo, las familias confían en la toma de decisión del paciente, haciendo que el paciente tenga una autoestima alta y confianza en sí mismo.
- La familia es fuerte en apoyo emocional (Afecto) y en permitir la independencia (Autonomía), pero es débil en su capacidad de cambiar y reorganizarse (Adaptación) ante las demandas que implica la situación del paciente.

V. RECOMENDACIONES:

- El personal de salud debe ofrecer orientación específica a los cuidadores para que mantengan la calidad y consistencia del afecto, apoyo, respeto y empatía, asegurando así un entorno emocional óptimo que favorezca la adhesión al tratamiento y acelere la recuperación del paciente geriátrico.
- Impartir sesiones educativas específicas para las familias sobre la fase postoperatoria de la cirugía cardíaca. Esto les proporcionará herramientas para brindar un apoyo más informado y efectivo, y prevenir el estrés y la ansiedad en el paciente.
- Crear y aplicar un protocolo de evaluación y apoyo familiar obligatorio para los pacientes geriátricos, esto debe incluir la derivación temprana a un psicólogo clínico o trabajador social antes de la cirugía con el objetivo de realizar una o dos sesiones de terapia familiar breve centrada en la crisis para identificar y negociar los nuevos roles y reglas necesarios para la fase post operatoria.
- Recomendar a la familia practicar la comunicación asertiva y la negociación de las normas, debido a la cirugía cardíaca, las normas de la casa cambiarán (ej. dieta, actividad física, rutinas), por lo que la familia debe entender que estas nuevas reglas son temporales y necesarias.
- Consultar al paciente sobre sus preferencias en la rehabilitación, dieta, y manejo de medicación, en la medida de lo médicamente seguro ya que el respeto continuo por su toma de decisiones refuerza la autoeficacia, la familia debe facilitar que el paciente tome decisiones informadas sobre su propio cuidado.

VI. REFERENCIAS

- Aguilar Ventura, D. (2021). Apoyo familiar y calidad de vida del paciente adulto mayor hospitalizado del hospital María Auxiliadora, Lima, Perú. [Tesis de grado, Universidad Privada Norbert Wiener]. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/6048>
- American Heart Association (AHA). (2020). "Family Caregiving for Individuals With Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association". *Circulation*, 141(12), e559-e578.
- Aranda Alejandro, K. N. (2024). Apoyo familiar y calidad de vida en el adulto mayor de un centro geriátrico privado de Lima 2024. [Tesis de Grado, Universidad Privada Norbert Wiener]. <https://hdl.handle.net/20.500.13053/12666>
- Baptista, M., & Oliveira, A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3). <https://doi.org/10.7322/jhgd.40168>
- Baptista, N. M. (2009). Inventário de Percepção do Suporte Familiar – IPSF.
- Barrera Jr, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Braunwald, E. (2019). Braunwald's heart disease: A textbook of cardiovascular medicine (11th ed.).

- Cedeño Toro, L., & Cevallos Sánchez, H. A. (2023). El apoyo familiar y su influencia en la atención de los adultos mayores. *Espergesia*.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Cossio-León, J., & Vera-Cárdenas, P. (2021). "Relación entre apoyo familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas". *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*, 21(3), 450-457.
- Duque Delgado, L., & Rincón Elvira, E. E. (2020). "Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica". *Enfermería Intensiva*, 31(2), 102-111.
- Espíritu Aguirre, Y. (2023). Soporte familiar de los pacientes en la clínica sin adicciones Perú, Huaral - 2022. [Tesis de Licenciatura en Ciencias Sociales, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. <http://hdl.handle.net/20.500.14067/7501>
- Fuster, V., Walsh, R. A., Harrington, R. A., & Narula, J. (Eds.). (2011). *Hurst's the heart* (13th ed.). McGraw-Hill.
- Gottlieb, B. H. (1985). Social support and community mental health. *Community Mental Health Review*, 7(1), 1-12.

- Harkness, S. L., & Kelley, M. A. (2020). "Engaging Families in Adult Cardiovascular Care: A Scientific Statement From the American Heart Association". *Journal of the American Heart Association*, 9(12), e015859.
- Heo, J. H., Kim, J. H., & Kim, H. Y. (2022). "Family's perspective on involvement in patients' care after cardiac surgery: A critical incident technique study". *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(1), 167-175.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research* (6th ed.). F.A. Davis Company.
- Kirklin, J. W., & Barratt-Boyes, B. G. (2019). *Cardiac surgery* (5th ed.). Elsevier.
- Okonnen, E. & Vanhanen, H. (2006). "Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery". *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 35(4), 234-244.
- Rodríguez-Pérez, I., & Rueda-Ochoa, V. A. (2020). "La importancia de la red de apoyo social y familiar en el adulto mayor". *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 3(2), 15-22.

Shoufi, G., Jafari, H., & Abedini, Z. (2025). "The Effect of Family Support on Self-Management Behavior in Postoperative Cardiac Surgery Patients: A Cross-Sectional Study". *The Journal of Clinical Nursing*, 34(4), 2125-2135.

Vera-Castañeda, J. D. (2023). Relación entre el apoyo familiar y la capacidad de autocuidado en adultos mayores. [Tesis de Grado, Universidad Nacional del Altiplano].

VII. ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Motivo del Consentimiento: Trabajo académico a presentarse en la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Título del trabajo académico: “*Soporte familiar en pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca, Lima - 2025*”

Propósito del trabajo académico: Analizar el nivel de soporte familiar de los pacientes geriátricos hospitalizados para cirugía cardíaca en Lima - 2025.

Procedimientos: He sido informado sobre el presente trabajo académico y acepto participar en el mencionado trabajo, comprendiendo que los resultados de las pruebas, entrevistas y tratamiento que se apliquen me servirán para lograr comportamientos favorables y bienestar; asimismo, sé que la información obtenida será utilizada de modo confidencial y podrá ser útil para otros adultos en condiciones similares.

Riesgos: No se espera ningún riesgo por participar en este trabajo académico.

Beneficios: Los resultados pueden favorecer a mi salud psicológica. Por otro lado, no se revelará mi identidad.

Confidencialidad: La información que nos brinde será estrictamente confidencial, permanecerá en absoluta reserva siendo utilizada solamente con fines académicos al presentarlos a la universidad.

Derecho de Participante: Acepto participar de modo voluntario; sin embargo, si en algún momento decidiera interrumpir o no continuar podré hacerlo. También se me ha ofrecido que cualquier duda que surgiera luego de la firma del presente consentimiento puedo comunicarme al teléfono 961446064 o al correo majun2391@gmail.com

Usuario:

Lic. Mayra Collantes G.

DNI:

DNI: 71903278

Jesús María, 22 de octubre del 2025

Anexo B: Cuestionario

CUESTIONARIO DE SOPORTE FAMILIAR**Inventario de Percepción de Soporte Familiar (IPFS)****AUTOR:** Baptista, M (2009)**ADAPTADO:** Espiritu, Y (2022)**I. Datos Generales:**

1. Género:
2. Edad:
3. Resido (Lugar de residencia):

A continuación, se le presenta un listado de enunciados, que Ud. deberá leer atentamente y marcar con una (X) dentro del casillero que usted considere conveniente.

DIMENSIÓN: Afectivo Consistente		Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3
1	Me siento respetado, valorado y querido por mi familia.			
2	En mi familia discuten sus miedos y preocupaciones.			
3	En mi familia expresan libremente sus pensamientos y emociones.			
4	Mis familiares me elogian o felicitan cuando logro un avance en mi rehabilitación.			
5	Los miembros de mi familia expresan interés y cariño unos con los otros.			
6	Me siento comprendido y apoyado por mis familiares.			
7	El soporte familiar recibido me ha ayudado en mi proceso de rehabilitación.			
8	Mi familia me ha brindado apoyo moral y material necesario.			
9	En mi familia demostramos cariño a través de las palabras.			
10	Mi familia me proporciona mucho confort emocional			
DIMENSIÓN: Adaptación Familiar				
11	Siento que en mi familia hay odio y rencor.			
12	Dentro de mi familia existe gran competitividad por ser el mejor.			
13	En mi familia buscan culpar a alguien cuando algo no está yendo bien.			
14	Me siento excluido por mi familia al estar yo en rehabilitación.			
15	Siento vergüenza de mi familia.			
16	Mi familia ha aceptado y asimilado mi situación.			
17	Siento que mi familia no me entiende.			
18	En mi familia nos peleamos y gritamos unos con los otros.			

DIMENSIÓN: Autonomía Familiar				
19	Mis familiares me permiten decidir cosas sobre mí.			
20	Mi familia me hace sentir que puedo cuidar de mí, mismo cuando estoy solo.			
21	Tengo confianza con mis familiares para contarle mis preocupaciones, dudas, problemas y temores.			
22	Mi familia respeta mi privacidad.			
23	Mi familia tiene confianza en que puedo superarme.			
24	Tengo la seguridad que mi familia me va a seguir apoyando en mi rehabilitación.			
25	Mis familiares sirven como buenos modelos en mi vida.			

¡Muchísimas gracias por su participac

ANEXO C

BASE DE DATOS

AFECTIVO CONSISTENTE													
Participantes	EDAD	SEXO	RESIDE	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
1	65	Masculino	LIMA/CALLAO	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
2	71	Masculino	LIMA/CALLAO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
3	68	Masculino	LIMA/CALLAO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
4	79	Masculino	TRUJILLO	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
5	69	Masculino	CUSCO	SIEMPRE	NUNCA	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
6	68	Masculino	TARAPOTO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
7	78	Masculino	LIMA/CALLAO	SIEMPRE	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES
8	71	Femenino	ABANCAY	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
9	78	Femenino	TRUJILLO	A VECES	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
10	69	Masculino	CUSCO	SIEMPRE	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
11	71	Femenino	HUANUCO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
12	65	Femenino	TRUJILLO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
13	65	Femenino	HUANCANELICA	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
14	67	Femenino	LIMA / CALLAO	A VECES	A VECES	NUNCA	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE
15	65	Femenino	CUSCO	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
16	65	Masculino	LIMA / CALLAO	A VECES	A VECES	NUNCA	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES
17	67	Femenino	LIMA / CALLAO	A VECES	NUNCA	NUNCA	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	NUNCA	NUNCA
18	67	Masculino	LIMA / CALLAO	A VECES	A VECES	SIEMPRE	A VECES	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	A VECES
19	69	Femenino	LIMA / CALLAO	A VECES	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE
20	65	Masculino	ANCASH	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES
21	76	Masculino	LIMA / CALLAO	A VECES	A VECES	A VECES	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE
22	69	Masculino	LIMA / CALLAO	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	A VECES	A VECES	SIEMPRE	NUNCA	NUNCA
23	78	Femenino	LIMA / CALLAO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES
24	71	Masculino	ICA	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES

ADAPTACIÓN FAMILIAR													
Participantes	EDAD	SEXO	RESIDE	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17			
1	65	Masculino	LIMA/CALLAO	A VECES	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	A VECES	NUNCA		
2	71	Masculino	LIMA/CALLAO	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	NUNCA	NUNCA		
3	68	Masculino	LIMA/CALLAO	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	A VECES	NUNCA	A VECES		
4	79	Masculino	TRUJILLO	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	A VECES	NUNCA		
5	69	Masculino	CUSCO	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	SIEMPRE	NUNCA		
6	68	Masculino	TARAPOTO	NUNCA	SIEMPRE	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	NUNCA	NUNCA		
7	78	Masculino	LIMA/CALLAO	A VECES	A VECES	NUNCA	A VECES	NUNCA	SIEMPRE	A VECES	A VECES		
8	71	Femenino	ABANCAY	A VECES	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	A VECES	NUNCA		
9	78	Femenino	TRUJILLO	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	NUNCA	NUNCA		
10	69	Masculino	CUSCO	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	NUNCA	NUNCA		
11	71	Femenino	HUANUCO	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	A VECES	NUNCA	A VECES		
12	65	Femenino	TRUJILLO	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	NUNCA	NUNCA		
13	65	Femenino	HUANCANELICA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	NUNCA	NUNCA		
14	67	Femenino	LIMA / CALLAO	A VECES	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	A VECES	A VECES	NUNCA		
15	65	Femenino	CUSCO	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	NUNCA	A VECES		
16	65	Masculino	LIMA / CALLAO	A VECES	NUNCA	SIEMPRE	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	SIEMPRE		
17	67	Femenino	LIMA / CALLAO	A VECES	NUNCA	NUNCA	A VECES	NUNCA	NUNCA	A VECES	NUNCA		
18	67	Masculino	LIMA / CALLAO	A VECES	NUNCA	A VECES	SIEMPRE	NUNCA	SIEMPRE	A VECES	NUNCA		
19	69	Femenino	LIMA / CALLAO	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	A VECES	A VECES		
20	65	Masculino	ANCASH	A VECES	NUNCA	A VECES	A VECES	NUNCA	A VECES	A VECES	A VECES		
21	76	Masculino	LIMA / CALLAO	NUNCA	NUNCA	NUNCA	A VECES	NUNCA	A VECES	A VECES	NUNCA		
22	69	Masculino	LIMA / CALLAO	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	NUNCA	A VECES	A VECES	A VECES		
23	78	Femenino	LIMA / CALLAO	NUNCA	NUNCA	NUNCA	A VECES	NUNCA	SIEMPRE	A VECES	NUNCA		
24	71	Masculino	ICA	A VECES	NUNCA	NUNCA	NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	NUNCA	A VECES		

Participantes	EDAD	SEXO	RESIDE	AUTONOMÍA FAMILIAR						
				P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25
1	65	Masculino	LIMA/CALLAO	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
2	71	Masculino	LIMA/CALLAO	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
3	68	Masculino	LIMA/CALLAO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
4	79	Masculino	TRUJILLO	A VECES	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
5	69	Masculino	CUSCO	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
6	68	Masculino	TARAPOTO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	NUNCA	SIEMPRE	SIEMPRE
7	78	Masculino	LIMA/CALLAO	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES
8	71	Femenino	ABANCAY	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
9	78	Femenino	TRUJILLO	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
10	69	Masculino	CUSCO	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
11	71	Femenino	HUANUCO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
12	65	Femenino	TRUJILLO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
13	65	Femenino	HUANCANELICA	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
14	67	Femenino	LIMA / CALLAO	A VECES	NUNCA	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
15	65	Femenino	CUSCO	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
16	65	Masculino	LIMA / CALLAO	A VECES	A VECES	NUNCA	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES
17	67	Femenino	LIMA / CALLAO	A VECES	A VECES	NUNCA	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES
18	67	Masculino	LIMA / CALLAO	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES
19	69	Femenino	LIMA / CALLAO	A VECES	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
20	65	Masculino	ANCASH	SIEMPRE	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES	A VECES
21	76	Masculino	LIMA / CALLAO	A VECES	A VECES	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	A VECES
22	69	Masculino	LIMA / CALLAO	A VECES	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
23	78	Femenino	LIMA / CALLAO	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	A VECES	SIEMPRE	SIEMPRE	SIEMPRE
24	71	Masculino	ICA	A VECES	A VECES	SIEMPRE	A VECES	A VECES	A VECES	SIEMPRE

Participantes	EDAD	SEXO	RESIDE	RESULTADO TOTAL	RESULTADOS AFECTIVO CONSISTENTE	RESULTADOS ADAPTACIÓN FAMILIAR	RESULTADOS AUTONOMIA FAMILIAR
1	65	Masculino	LIMA/CALLAO	61	29	12	20
2	71	Masculino	LIMA/CALLAO	59	30	10	19
3	68	Masculino	LIMA/CALLAO	61	30	10	21
4	79	Masculino	TRUJILLO	58	28	11	19
5	69	Masculino	CUSCO	58	26	12	20
6	68	Masculino	TARAPOTO	61	30	12	19
7	78	Masculino	LIMA/CALLAO	50	21	15	14
8	71	Femenino	ABANCAY	61	29	12	20
9	78	Femenino	TRUJILLO	56	27	10	19
10	69	Masculino	CUSCO	57	28	10	19
11	71	Femenino	HUANUCO	61	30	10	21
12	65	Femenino	TRUJILLO	61	30	10	21
13	65	Femenino	HUANCANELICA	59	30	10	19
14	67	Femenino	LIMA / CALLAO	52	24	11	17
15	65	Femenino	CUSCO	61	29	11	21
16	65	Masculino	LIMA / CALLAO	49	19	17	13
17	67	Femenino	LIMA / CALLAO	40	16	11	13
18	67	Masculino	LIMA / CALLAO	57	23	15	19
19	69	Femenino	LIMA / CALLAO	56	26	12	18
20	65	Masculino	ANCASH	51	20	14	17
21	76	Masculino	LIMA / CALLAO	52	25	11	16
22	69	Masculino	LIMA / CALLAO	56	22	15	19
23	78	Femenino	LIMA / CALLAO	62	29	14	19
24	71	Masculino	ICA	52	24	12	16