

Validación de contenido de la escala de autopercepción del estado de salud familiar usando la técnica Delphi

Joaquín Salvador Lima-Rodríguez¹

Marta Lima-Serrano²

Nerea Jiménez-Picón³

Isabel Domínguez-Sánchez⁴

Objetivo: Comprobar la validez de contenido de la escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar. **Método:** Estudio de validación de instrumento con panel Delphi on-line como técnica de consenso. Se seleccionaron intencionalmente 18 expertos/as en el tema, de origen multidisciplinar y de diferentes ámbitos profesionales. Cada uno de los ítems propuestos fue valorado mediante una escala de cinco puntos, y mediante preguntas abiertas, para modificar o proponer ítems. Se realizó análisis descriptivo de la muestra y de los ítems, aplicando criterios de estimación/desestimación. **Resultados:** La primera ronda tuvo una tasa de respuesta del 83,3% y se estimaron 75 ítems de los 96 propuestos; la segunda tuvo una tasa de respuesta de 80%, y se estimaron los 21 ítems de nueva creación, concluyendo el panel de expertos/as. **Conclusiones:** Se presenta un instrumento para medir la Autopercepción del Estado de Salud Familiar, desde una perspectiva enfermera. Este puede suponer un avance en el conocimiento científico, al facilitar la valoración del estado de salud de la unidad familiar, permitir detectar sus alteraciones, y facilitar las intervenciones para prevenir las consecuencias de estas sobre la propia unidad familiar y sus miembros. Puede ser usado en la asistencia, investigación o docencia.

Descriptorios: Escalas; Estudio de Validación; Familia; Salud de la Familia; Técnica Delphi.

¹ PhD, Profesor Titular, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

² PhD, Profesor Ayudante, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

³ MSc, Asistente Honorario, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

⁴ Enfermera, Asistente Honorario, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

Correspondencia:

Marta Lima Serrano
Universidad de Sevilla. Departamento de Enfermería
Av. Sánchez Pizjuan, s/n
CEP: 41009, Sevilla, España
E-mail: mlima@us.es

Introducción

La familia es considerada como el principal núcleo de socialización de sus integrantes. Es el lugar donde se transmiten valores, se aprenden y adoptan ideas, se adquieren creencias y normas de conductas. Sus miembros se agrupan en subsistemas separados por fronteras simbólicas, contribuyendo cada uno al funcionamiento familiar a través del ejercicio de roles y de la realización de tareas necesarias para el conjunto⁽¹⁾.

Con el desarrollo de la teoría de sistemas, adaptados a los sistemas vivos, el concepto de la enfermería de familia ha sido entendido como la asistencia de enfermería a cualquier sistema o unidad familiar⁽²⁾. Es necesario estar presente y en contacto íntimo con la familia, para descubrir medios que puedan fortificarla, movilizarla, impulsarla a alcanzar su equilibrio y bienestar, que ultrapase el aspecto biológico de sus miembros⁽³⁾. Las enfermeras necesitan realizar estudios para reconocer las necesidades de las familias, las fuentes de apoyo y redes sociales disponibles para promover la salud de sus miembros⁽⁴⁾.

Todo esto requiere un cambio en la práctica clínica, para pasar de un enfoque individual a grupal, incluyendo el contexto social en que se encuentra inmerso el grupo familiar. Para lograr este cambio, es necesario contar con una base conceptual, un modelo explicativo, y una organización capaz de poner en marcha este proceso⁽⁵⁾.

En la actualidad, varios teóricos han participado en diferentes conceptos de familia y los cuidados de enfermería de la familia⁽⁶⁾, siendo necesario asumir el reto de desarrollar el concepto de salud familiar y de sus dimensiones, desde una perspectiva enfermera que permita valorarla.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud familiar describe su funcionamiento como unidad de estructura, en relación a la familia como agente social primario, para fomentar la salud y el bienestar. Esta se relaciona con la satisfacción de las necesidades de sus miembros, las interacciones entre el individuo, la familia, y la sociedad, la solución a los problemas, o la capacidad para adaptarse a situaciones de crisis.

La salud familiar se construye en la propia dinámica interna de la familia, en la toma de decisiones, en la educación y socialización de sus miembros, y en la disponibilidad y el acceso a los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades⁽⁷⁾. No es estática, es un proceso continuo y dinámico, que se encuentra en continuo equilibrio y cambio, como respuesta a los acontecimientos propios del ciclo vital y a aquellos hechos o situaciones accidentales que les afectan.

La salud familiar está íntimamente relacionada con el clima familiar, la integridad de sus miembros,

la organización y el funcionamiento de la unidad, la capacidad de resistencia frente a los problemas que les afectan y la forma de afrontarlos⁽⁶⁾.

Una de las dificultades para determinar el estado de salud familiar, se debe a las limitaciones existentes en la delimitación del concepto y a la falta de consenso sobre cuales son los indicadores precisos para medirla, creando dificultades conceptuales y metodológicas a la hora de valorarla. Los criterios de resultados enfermeros (NOC), recogen un conjunto de indicadores puede resultar útiles para vencer estas dificultades. El domino salud familiar y la clase bienestar familiar, recoge los resultados que describen el estado de salud familiar y la competencia social de la familia como unidad en el entorno familiar global, e incluye los indicadores afrontamiento de los problemas familiares, apoyo familiar durante el tratamiento, clima social de la familia, estado de salud de la familia, funcionamiento de la familia, integridad de la familia, normalización de la familia, participación de la familia en la asistencia sanitaria y profesional y resistencia familiar⁽⁸⁾.

Desde una perspectiva sistémica de la familia y un enfoque enfermero que toma como referencia los NOC, Lima Rodríguez y colaboradores proponen un sistema de valoración de la salud familiar que contempla junto a los aspectos demográficos, la composición, la estructura, el ciclo vital familiar y los agentes estresantes que pueden estar incidiendo sobre la familia⁽⁶⁾, el estudio de las dimensiones de la salud familiar. Consideran que estas son, el clima familiar, la integridad familiar, el funcionamiento o dinámica familiar, la resistencia familiar y el afrontamiento familiar. Además, cuando en la familia existe algún miembro con necesidades especiales, o que requiere de asistencia profesional, es necesario añadir el apoyo familiar, la normalización familiar y la participación de la familia en el proceso asistencial.

Para hacer operativa esta propuesta es necesario desarrollar una serie de instrumentos que, junto a la entrevista y observación, permitan recoger los datos necesarios para valorar la salud familiar. Aunque existen algunos instrumentos, aplicables al estudio de la familia como por ejemplo el Apgar Familiar para valorar la dinámica familiar, cuestionario MOS para el apoyo social, la Escala de Reajuste Social para los agentes vitales estresantes⁽⁹⁻¹²⁾, diversos autores enfatizan la urgente necesidad de realizar esfuerzos para la construcción y validación de nuevos instrumentos de medición⁽¹²⁻¹³⁾, adaptados a los objetivos de la disciplina que los necesita.

En este trabajo se presenta el diseño y validación de contenido de un instrumento que pretende valorar la autopercepción del estado de salud familiar, inspirado en

la clasificación de criterios de resultados enfermeros. Esto puede suponer un avance en el conocimiento enfermero, al permitir identificar, situaciones de salud familiar que pueden requerir intervenciones enfermeras, para mejorarla o evitar las consecuencias que puedan tener sobre el sistema familiar y también sobre sus miembros, pues en la familia pueden surgir factores de riesgo para sus miembros^(1,14).

Método

El estudio se realizó en dos fases, diseño de la escala y validación de contenido de la misma.

Fase I. Diseño de la escala

Se realizó en dos etapas: a) revisión bibliográfica, b) aportación de ideas y consenso de un grupo reducido de profesionales sanitarios, docentes, gestores e investigadores, relacionados con la atención a la familia, para la selección de ítems y confección de la escala.

1) Definición de dimensiones y atributos

Siguiendo a autores previos, se utilizó como marco referencia para diseñar la escala los criterios de resultados NOC⁽¹⁵⁾. Se partió de criterios de resultados propuestos para el dominio salud familiar y la clase bienestar familiar, como son el clima familiar, la integridad familiar, el funcionamiento familiar, la resistencia familiar y el afrontamiento familiar. Además para familias en las que alguno de sus miembros presenta alteración de la salud o necesidad de asistencia sanitaria, se añadió el apoyo familiar, la normalización familiar y la participación de la familia en el proceso asistencial.

Se realizó una revisión bibliográfica para identificar las dimensiones de la salud familiar y los instrumentos utilizados para medirla desde la perspectiva de los usuarios. La búsqueda se realizó en PubMed, SCOPUS, Cuiden Plus, las palabras claves utilizadas en español y en inglés fueron salud, familia, valoración o evaluación, escalas, índices, test. Se incluyeron artículos con cualquier metodología (cuantitativa, cualitativa) y cuyo objetivo estaba relacionado claramente con el problema de investigación o que hicieran referencia a aspectos de interés para el trabajo. Se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos localizados.

2) Selección de ítems y confección de la escala

El grupo de investigación, mediante la aportación de ideas y el consenso, adoptó un conjunto de ítems, que se clasificaron en función de la dimensión de la salud familiar a la que hacían referencia^(9-12,16). Posteriormente

se diseñaron ítems específicos para aquellos atributos no representados y se construyó la primera versión de la escala (Figura 1).

1. Nos esforzamos en mejorar
2. Cuando tengo un problema puedo comentarlo
3. Nos sentimos comprendidos por los demás
4. Las cosas se hacen de una forma establecida
5. Se da mucha importancia a cumplir las normas
6. El dinero se administra de manera cuidadosa
7. Se valora más leer que ver la televisión
8. Acudimos a actividades culturales
9. Nos informamos de lo que pasa en nuestro alrededor
10. Respetamos las pertenencias de cada uno
11. En mi familia se respetan las decisiones particulares
12. Tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal
13. Tenemos mucho espíritu de grupo
14. Realmente nos llevamos bien unos con otros
15. Nos ayudamos los unos a los otros
16. En las decisiones importantes participamos todos
17. Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo
18. Nos apoyamos realmente unos a otros
19. Nos gusta reunirnos para comer juntos
20. Participamos en celebraciones familiares (cumpleaños, bodas?)
21. Confiamos los unos en los otros
22. Cumplimos con nuestras obligaciones familiares
23. Nos preocupa que nuestra familia sea respetada por los demás
24. Nos sentimos orgullosos de nuestra familia
25. Cada cual tiene claro lo que tiene que hacer
26. Cada uno cumple sus obligaciones
27. Somos flexibles a la hora de organizarnos en la casa
28. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa
29. Aceptamos y cumplimos las reglas que establecemos
30. Nos comunicamos sin "rodeos"
31. Cuando surgen problemas todos echamos una mano
32. Tenemos cubiertas la principales necesidades
33. Nos cuidamos los unos a los otros
34. Estamos abiertos a nuevas ideas y propuestas
35. Buscamos formas distintas de satisfacer nuestras necesidades
36. Nos ocupamos de mantener la casa limpia, ordenada y segura
37. La salud es muy valorada en nuestra familia
38. Nos preocupamos por mantenernos sanos
39. Damos gran importancia a que la alimentación sea equilibrada
40. Sabemos qué hacer cuando se presenta un problema de salud
41. Usamos soluciones pasadas para resolver problemas actuales
42. Nuestros ingresos económicos nos permiten vivir holgadamente
43. Estamos satisfechos con nuestra vivienda
44. Tomamos medidas para evitar tener problemas
45. Contamos con gente que nos eche una mano si lo necesitamos
46. Sabemos a dónde dirigirnos para buscar ayuda profesional
47. Tenemos fácil acceso a los servicios municipales
48. Sabemos como obtener ayuda de las instituciones publicas
49. Estamos atentos a los problemas que puedan afectarnos
50. Intentamos conocer las causas de los problemas
51. Tratamos de informarnos de las posibles soluciones
52. No se deciden soluciones sin contar con toda la familia
53. Nos ponemos fácilmente de acuerdo al tomar decisiones
54. Ante los problemas reaccionamos de forma tranquila y relajada

La figura 1 continúa en la próxima pantalla

55. Nos enfrentamos a estos para solucionarlos
56. Si es necesario nos organizamos de otra manera para resolverlo
57. Utilizamos nuestros propios recursos para resolverlos
58. Pedimos ayuda al resto de la familia
59. Acudimos a un profesional si el problema lo requiere
60. Cuando hay problemas intentamos recuperar la normalidad
61. Nos preocupamos por su estado
62. Nos encargamos de cubrir sus necesidades
63. Le ayudamos con aquellas tareas que no pueda realizar
64. Le animamos para que ponga de su parte y mejore su salud
65. Intentamos entender su situación
66. Tratamos de escucharlo y de comunicarnos con él
67. Intentamos que no se mantenga aislado
68. Le ayudamos a seguir el tratamiento médico
69. Informamos de su estado al resto de la familia
70. Colaboramos todos en su cuidado.
71. Nos ponemos de acuerdo para cuidarlo
72. Pedimos ayuda a otras personas de la familia
73. Reconocemos las necesidades particulares del enfermo
74. Intentamos que viva la situación con la mayor normalidad
75. Lo animamos a que sea lo mas autónomo posible
76. Nos organizamos para atender sus necesidades
77. Lo sustituimos en las obligaciones familiares que no pueda cumplir
78. Pretendemos que se encuentre lo mejor posible
79. Adaptamos la casa a sus necesidades
80. Acudimos a asociaciones de personas con el mismo problema
81. Vivimos su enfermedad o situación con normalidad
82. Vemos como puede afectar al resto de la familia
83. Intentamos ayudar a otros miembros familiares afectados
84. Procuramos que la familia vuelva a funcionar con normalidad
85. Lo acompañamos durante la misma
86. Ofrecemos al profesional la información que necesite
87. Pedimos a los profesionales que nos informen de su estado
88. Colaboramos activamente con los profesionales
89. Participamos en las decisiones sobre lo que se va a hacer
90. Tomamos decisiones si el enfermo no puede hacerlo
91. Valoramos si la atención se presta de forma adecuada
92. Si no estamos conforme consultamos a otro profesional
93. Tratamos de conseguir los recursos necesarios
94. Nos organizamos para ayudar cuando es necesario
95. Aseguramos que el enfermo tenga lo que necesita
96. Si no estamos de acuerdo con el profesional se lo decimos

Figura 1 - Items escala inicial enviada a expertos

Para medir las respuestas se eligió una escala Likert, porque que permite que un sujeto responda dando un grado o intensidad al enunciado del ítem. Sobre el número de ítems necesario como punto de partida, no hay ninguna norma, aunque obviamente a mayor número de ítems, será más fácil hacer una buena selección final⁽¹⁷⁾.

Fase II. Validación de contenido de la escala

Tipo de Diseño

Se realizó un estudio de validación de instrumento mediante la utilización de un panel Delphi on-line, con jueces expertos/as, como técnica de consenso. Esta

técnica procura obtener consenso en la opinión de expertos sobre un asunto a través de una serie de cuestionarios estructurados, referidos como fases. Las respuestas de cada cuestionario son consideradas para reformulación de los subsecuentes⁽¹⁸⁾. Éste método ha permitido la depuración y el refinamiento de la escala inicial.

Población de estudio

Mediante muestreo intencional se seleccionaron 18 expertos/as. Dada la dificultad de caracterizar la muestra y definir los criterios de inclusión en estudios de validación, debido a la ausencia de consenso de los mismos⁽¹⁹⁾, se optó por contar con expertos de origen multidisciplinar (enfermeras, médicos y psicólogos) pertenecientes a diferentes ámbitos profesionales (asistencial, gestor, docente, investigador). Para determinar la inclusión de los mismos se valoraron previamente sus conocimientos y experiencia profesional en relación al tema que aborda el instrumento objeto de la validación.

Procedimiento

Empleando la aplicación web "e-encuestas", se remitió a los participantes información sobre los objetivos del estudio y las nociones y consideraciones teóricas adoptadas para cada una de las dimensiones de la escala. Se les invitó a participar voluntariamente, garantizando la confidencialidad y privacidad de sus aportaciones. Tras el consentimiento, se remitió el instrumento con las instrucciones para cumplimentarlo. La realización del estudio fue aprobado por el Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Sevilla que informó favorablemente sobre el cumplimiento los requisitos exigidos para experimentación en seres humanos.

Debían establecer el grado de adecuación de cada ítem de acuerdo a una puntuación del 1 al 5 (1 menor adecuación, 5 mayor adecuación). Inicialmente se propusieron 96 ítems agrupados en ocho subescalas, en función de las dimensiones de la salud familiar consideradas. Igualmente se les ofrecía la posibilidad de sugerir nuevos ítems o proponer modificaciones a los propuestos.

Tras el análisis de los datos obtenidos en cada ronda, se estimaban y desestimaban los ítems según los criterios: Estimación: Media ≥ 3.5 y Mediana ≥ 3 y Valoraciones altas (4-5) $\geq 80\%$ y/o desviación típica ≤ 0.90 . Desestimación: Media < 3.5 y Mediana < 3 . Los ítems desestimados se revisaban y modificaban de acuerdo a las propuestas obtenidas y se pasaban a la siguiente ronda⁽²⁰⁾.

Tras cada ronda, como medida de retroalimentación, se remitió a cada experto/a un informe con la descripción del análisis de los ítems, los resultados obtenidos, y

los ítems aceptados, desestimados, o que debían ser valorados nuevamente.

Se recogieron variables demográficas, para caracterizar la muestra de expertos/as: edad, sexo/género, lugar de residencia, nivel académico alcanzado y dedicación profesional.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de las variables de estudio, apoyado por el SPSS 18.0.

Resultados

Fase I. Diseño del cuestionario

La escala construida para medir la autopercepción sobre el estado de salud familiar, inicialmente constaba de 96 ítems agrupados en ocho subescalas, una para cada dimensión de la salud familiar. Éstas eran Clima familiar, integridad familiar funcionamiento familiar, resistencia familiar, afrontamiento familiar, apoyo familiar, normalización familiar y participación familiar en el proceso asistencial. Para cada dimensión se establecieron 12 ítems. Se determinaron tres opciones de respuesta: casi nunca (CN), a veces (AV), casi siempre (CS).

Fase 2. Validación de contenido de la escala

El cuestionario se administró a 18 expertos/as, e hicieron falta un total de dos rondas para alcanzar el grado de consenso necesario.

La tasa de respuesta inicial fue del 83,3% (15 expertos/as) y del 80% (12 expertos/as) en la segunda ronda. La edad media era de 48 años, la desviación típica de 10,7, el 77,8% eran mujeres (n=14) y el 22,2% hombres (n=4), el 88,8% de los participantes eran de Sevilla (n=16), el 5,6% (n=1) de México y el 5,6% (n=1) de Israel. Respecto al nivel académico alcanzado, el 33,4% eran graduados universitarios (n=6), el 39,0% había finalizado los estudios de Máster (n=7), y el 27,6% había obtenido el grado de doctor (n=5); el 50,0% se dedicaba a la docencia y a la investigación (n=9), el 44,4% a la práctica clínica (n=8) y el 5,6% (n=1) a la gestión.

Hicieron falta un total de dos rondas para alcanzar el grado de consenso necesario. En la primera se estimaron 75 ítems (78,1%) y se desestimaron 21 ítems (21,9%). Teniendo en cuenta las aportaciones de los expertos/as se hicieron modificaciones y se sometieron a nueva ronda de valoración 21 ítems, que fueron finalmente estimados en su totalidad, dando por cerrado el panel de expertos para la validación de contenido. (Tablas 1 a 4).

Tabla 1 - Ítems estimados para Clima Social Familiar e Integridad familiar

Ítems	Media	Mediana	Desv Típica	%Valor (4-5)
Clima Social Familiar				
En mi familia:				
Nos esforzamos en mejorar	4,1	4	0,51	91,7
Cuando tengo un problema puedo comentarlo	4,2	4	0,94	80,0
Nos sentimos comprendidos por los demás	4,2	4	0,68	86,6
Las cosas se hacen de una forma establecida	3,7	4	0,70	73,4
Se da mucha importancia a cumplir las normas	3,7	4	0,81	60,0
El dinero se administrar de manera cuidadosa	3,8	4	0,75	58,4
Se valora la realización de actividades intelectuales	3,8	4	0,87	66,7
Acudimos a actividades culturales	3,8	4	0,87	66,7
Nos informamos de lo que pasa en nuestro alrededor	4,0	4	0,84	80,0
Respetamos las pertenencias de cada uno	4,3	4	0,62	93,3
En mi familia se respetan las decisiones particulares	4,3	4	0,62	93,3
Tenemos ideas precisas sobre lo que está bien o mal	4,0	4	0,80	73,3
Integridad Familiar				
Tenemos mucho espíritu de grupo	3,7	4	0,70	73,4
Realmente nos llevamos bien unos con otros	4,2	4	0,77	80,0
Nos ayudamos los unos a los otros	4,2	4	0,67	86,6
En las decisiones importantes participamos todos	4,5	5	0,51	100,0
Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo	4,2	4,5	0,87	75,0
Nos apoyamos realmente unos a otros	4,2	4	0,68	86,6
Nos gusta reunirnos para comer juntos	4,1	4	0,80	73,3
Participamos en celebraciones familiares	4,1	4	0,74	80,0
Confiamos los unos en los otros	4,5	5	0,74	86,7
Cumplimos con nuestras obligaciones familiares	4,1	4	0,79	73,3
Nos preocupa que nuestra familia sea respetada	3,7	4	0,81	60,0
Nos sentimos orgullosos de nuestra familia	4,4	5	0,73	86,6

Tabla 2 - Ítems estimados para Funcionamiento familiar y Resistencia familiar

Ítems	Media	Mediana	Desv. Típica	%Valor (4-5)
Funcionamiento Familiar				
En mi familia:				
Cada cual tiene claro lo que tiene que hacer	4,1	4	0,91	80,0
Cada uno cumple sus obligaciones	4,3	4	0,62	93,3
Somos flexibles a la hora de organizarnos en la casa	4,3	4	0,59	93,3
Nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa	3,9	4	0,83	60,0
Aceptamos y cumplimos las reglas establecidas	4,1	4	0,74	80,0
Nos comunicamos sin "rodeos"	4,3	4	0,72	86,7
Cuando surgen problemas todos echamos una mano	4,6	5	0,50	100,0
Tenemos cubiertas las necesidades básicas	4,3	4	0,65	91,7
Nos cuidamos unos a otros	4,6	5	0,51	100,0
Estamos abiertos a nuevas ideas y propuestas	4,5	5	0,52	100,0
Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura	3,9	4	0,79	83,4
Sabemos claramente quien tiene la autoridad	3,9	4	0,83	62,0
Ítems Resistencia Familiar				
Valoramos tener hábitos saludables	4,1	4	0,76	75,0
Nos preocupamos por mantenernos sanos	4,3	4	0,70	86,7
Damos gran importancia a que la alimentación sea equilibrada	4,4	4	0,72	86,7
Sabemos qué hacer cuando tenemos un problema de salud	4,4	4	0,63	93,4
Para resolver problemas actuales tenemos en cuenta anteriores experiencias	4,0	4	0,51	100,0
Consideramos suficientes nuestros recursos	3,9	4	0,79	83,4
Estamos satisfechos con nuestra vivienda	4,1	4	0,67	83,3
Nos anticipamos a los problemas para prevenirlos	4,2	4	0,72	83,3
Contamos con gente que nos eche una mano si lo necesitamos	4,3	5	0,90	86,6
Sabemos a dónde dirigirnos para buscar ayuda profesional	4,4	4	0,51	100,0
Sabemos cómo obtener ayuda de las instituciones públicas	3,9	4	0,83	73,3
Sabemos cómo acceder a los servicios municipales	3,8	4	0,83	73,0

Tabla 3 - Ítems estimados para Afrontamiento familiar, y Apoyo familiar

Ítems	Media	Mediana	Desv. Típica	%Valor (4-5)
Afrontamiento familiar				
En mi familia:				
Estamos atentos a los problemas que puedan afectarnos	4,1	4	0,70	80,0
Intentamos conocer las causas de los problemas	4,4	4	0,63	93,4
Tratamos de informarnos de las posibles soluciones	4,3	4	0,59	66,7
No se deciden soluciones sin contar con toda la familia	3,9	4	0,80	66,7
La toma de decisiones compartidas no es un problema	4,0	4	0,74	75,0
Ante los problemas reaccionamos de forma tranquila y relajada	4,1	4	0,74	80,0
Nos enfrentamos a los problemas para solucionarlos	4,0	4	1,13	83,3
Si es necesario nos organizamos de otra manera	3,9	4	0,88	73,4
Utilizamos nuestros propios recursos para resolverlos	3,7	4	0,81	60,0
Ante los problemas contamos con otros familiares	4,0	4	0,74	75,0
Acudimos a un profesional si el problema lo requiere	4,0	4	0,62	93,3
Cuando tenemos problemas intentamos seguir funcionando	4,2	4	0,58	91,7
Apoyo familiar				
En mi familia cuando alguien enferma:				
Nos preocupamos por su estado	4,0	4	0,85	66,6
Nos encargamos de cubrir sus necesidades	4,4	5	0,83	80,0
Le ayudamos con aquellas tareas que no pueda realizar	4,6	5	0,63	93,4
Le animamos a que ponga de su parte para mejorar su salud	4,3	5	1,10	86,6
Intentamos entender su situación	4,4	4	0,63	93,4
Tratamos de escucharlo y comunicarnos con él	4,3	4	0,62	93,3
Intentamos que no se mantenga aislado	4,3	4	0,80	80,0
Le ayudamos a seguir el tratamiento médico	4,3	4	0,70	86,7

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Ítems	Media	Mediana	Desv. Típica	%Valor (4-5)
Informamos de su estado al resto de la familia	3,7	4	0,88	60,0
Colaboramos todos en su cuidado	4,3	4	0,80	80,0
Nos ponemos de acuerdo para cuidarlo	4,5	5	0,64	93,3
Pedimos ayuda a otras personas de la familia	4,0	4	0,53	86,6

Tabla 4 - Normalización familiar y participación de la familia en el proceso asistencial

Ítems	Media	Mediana	Desv. Típica	%Valor (4-5)
Normalización familiar				
En mi familia cuando alguien enferma:				
Reconocemos las necesidades particulares del enfermo	4,1	4	0,83	73,3
Intentamos que viva la situación lo mejor posible	4,1	4	0,74	80,0
Lo animamos a que sea lo más autónomo posible	4,3	4	0,72	86,7
Nos organizamos con las tareas que no puede realizar	4,2	4	0,77	80,0
Pretendemos que se encuentre lo mejor posible	4,4	4	0,63	93,4
Adaptamos la casa a sus necesidades	4,5	5	0,64	93,3
Acudimos a asociaciones de personas con el mismo problema	4,4	5	0,74	86,6
Integramos en el día a día el cuidado de su enfermedad	4,4	5	0,79	83,3
Vemos cómo puede afectar al resto de la familia	4,1	4	0,88	80,0
Intentamos ayudar a otros miembros afectados	4,1	4	0,88	66,7
Procuramos que la familia funcione con normalidad	4,5	5	0,74	86,7
Lo sustituimos en las obligaciones que no pueda cumplir	3,75	4	0,89	75,0
Participación familiar en el proceso asistencial				
En mi familia cuando alguien recibe asistencia sanitaria:				
Lo acompañamos durante la misma	4,3	5	0,91	80,0
Ofrecemos al profesional la información que necesite	4,4	4	0,63	93,4
Pedimos al profesional que nos informen de su estado	4,5	5	0,74	86,7
Colaboramos activamente con los profesionales	4,6	5	0,51	100,0
Participamos en las decisiones sobre lo que se va a hacer	4,2	4	1,08	86,7
Tomamos decisiones si el enfermo no puede hacerlo	4,6	5	0,63	93,4
Nos organizamos para ayudar cuando es necesario	4,1	4	0,83	73,3
Aseguramos que el enfermo tenga lo que necesita	4,5	5	0,74	86,7
Tratamos de conseguir los recursos necesarios	4,3	5	0,81	80,0
Valoramos si la asistencia se presta de forma adecuada	4,1	4	0,70	80,0
Si no estamos de acuerdo con el profesional se lo decimos	4,2	4	0,86	86,7
Si no estamos conforme consultamos a otro profesional	4,3	4	0,80	80,0

Discusión

Diversos autores coinciden en la necesidad de diseñar y validar nuevos instrumentos de medida cuando no existan otros que midan lo que realmente pretendemos medir, como es el caso de la escala aquí presentada⁽¹²⁻¹³⁾.

Los criterios de resultados enfermeros describen el estado, comportamientos, reacciones y sentimientos del paciente y, aunque estos inicialmente se desarrollaron para medir las respuestas de estos a los cuidados administrados⁽¹⁹⁾, pueden convertirse en criterios de valoración que nos permitan determinar estados, en el caso que nos ocupa, referidos a la salud familiar.

La técnica Delphi es ampliamente utilizada para la validación de escalas y cuestionarios mediante juicio de expertos/as^(12,20-23), siendo importante explicitar los

criterios de selección de los mismos y que dichos expertos/as se adecuen a la materia de estudio para validar el instrumento, evitando así sesgos⁽²⁴⁾. Otras medidas propuestas para evitar los sesgos, son la estandarización de las definiciones de cada dimensiones de la escala, y de sus subcomponentes principales, dándolos a conocer al grupo de expertos/as a fin de unificar los conocimientos sobre la materia de estudio y ser críticos a la hora de valorar y puntuar los ítems, repercutiendo positivamente en la validez del instrumento⁽²⁵⁾.

La realización de la técnica on-line ha promovido la rapidez en la realización y ha facilitado la oportunidad de participación de expertos/as internacionales. Igualmente el tamaño de la muestra utilizada en el proceso de validación, concuerda con el número propuesto en estudios previos para estabilizar las respuestas de cada

uno de los ítems. Una tasa de respuestas superior a 10 miembros en la primera ronda es considerada idónea según las recomendaciones propuestas para la aplicación de la técnica Delphi⁽²⁴⁾. El cumplimiento de estos aspectos da mayor potencia y solidez al proceso de validación.

Los valores cuantitativos otorgados por el panel Delphi fueron muy elevados. Además, la introducción de un sistema que permitía a los/as expertos/as realizar aportaciones cualitativas, mediante respuestas abiertas, mejora el proceso de validación, pues sus propuestas aludían a la mejora de la comprensión de los ítems y la eliminación o inclusión de nuevos ítems⁽²³⁻²⁴⁾.

Una limitación en el diseño del instrumento pudiera ser el no haber realizado grupos focales o entrevistas con la población para la obtención de los ítems del mismo. Sin embargo, en la medida de que para construir un test se debe partir de definir claramente el constructo y su conceptualización teórica y de encontrar los ítems que lo representan, se realizó una amplia revisión de la literatura y se utilizaron instrumentos previamente validados para dicha selección.

Una de las limitaciones de la técnica Delphi es que no genera un real consenso entre los/as expertos/as, sino que los fuerza a elegir, sin que exista la oportunidad para que se discutan o analicen cada una de las ideas de los participantes. A cambio, al evitarse la confrontación directa se frena la inducción de juicios precipitados y la inhibición de nuevas ideas, ayudando a que se formen gradualmente una opinión. La retroalimentación controlada, estimula la generación de ideas y facilita que la información irrelevante sea eliminada, además puede resultar estimulante y productivo para los/as participantes⁽²⁵⁾.

Conclusiones

Se presenta un instrumento para medir la Autopercepción del Estado de Salud Familiar, cuyo contenido ha demostrado una adecuada validez. Este identifica ocho dimensiones para la misma, que pueden ser estudiadas independientemente. Este instrumento aporta indicadores específicos para medir la salud familiar, y permite identificar la percepción que los miembros tienen del estado de salud de su familia. Todo ello le dota de una gran aplicabilidad en la práctica asistencial, completando la información necesaria para valorar a la familia.

Esta escala puede ser útil para la realización de estudios epidemiológicos y otro tipo de investigaciones, en el ámbito de la gestión, planificación y seguimiento asistencial y en el ámbito asistencial.

Desde el punto de vista metodológico, al estar basada en criterios de resultados, los datos obtenidos se conjugan

fácilmente con el sistema de valoración propuesto y con las taxonomías enfermeras.

En futuras investigaciones sería recomendable aplicarlo a una muestra piloto para analizar sus propiedades psicométricas, comprobando su fiabilidad, validez de constructo y de criterio.

Referencias

1. Cid-Monckton P, Pedrão LJ. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(Spe):738-45.
2. Rocha SM, Nascimento LC, Lima RA. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2002;10(5):709-14.
3. Barbosa SM, Costa P, Viera NF. Etapas de cambios de los padres en las conversaciones con los hijos sobre la prevención de HIV/SIDA. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(6):1019-24.
4. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SM. The influence of social support on strengthening families of children with chronic renal failure. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(4):692-9.
5. Balón E, De la Revilla L. La atención familiar la asignatura pendiente. *Atención Primaria*. 2011;43(2):55-7.
6. Lima J, Lima M, Saéz A. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enferm Clín*. 2009;19(5):280-3.
7. Mejías LD, López L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud. *Index Enferm*. 2010;19(2-3):138-42.
8. Moorhead S, Jonson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
9. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*. 1996;18(6):289-95.
10. De la Revilla L, Luna J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Med Familia*. 2005;6(1):10-8.
11. González JL, Morera A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*. 1983;4(1):7-11.
12. Moraes CL, Reichenheim ME. Cross - cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales. Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saúde Publica*. 2002 [acceso 2 nov 2011]; 18:783-96. Disponible em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n3/9306.pdf>.
13. García DeYébenes MJ, Rodríguez F, Carmona

- L. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clín.* 2009;5(4):171-7.
14. Medina N, Ferrini, MG. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010,18(Spe):504.
15. Porcel AM, Villaverde C, Morales JM. Medida del nivel de dependencia en cuidados enfermeros. Preliminares de una propuesta metodológica. *Scientia: Rev Multidisciplinar Cienc Salud.* 2008(13):131-6.
16. Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Rev Psicol Psicopatol Clín.* 2003;1(8):39-54.
17. Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación. 3ª ed. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2008.
18. Perroca MG. Desarrollo y validación de contenido de la nueva versión de un instrumento para clasificación de pacientes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011,19(1):58-66.
19. Seganfredo DH, Almeida, MA. Validación de contenido de resultados de enfermería según la Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) para pacientes clínicos, quirúrgicos y críticos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;9(1):34-41.
20. Martínez-Piñeiro E. La Técnica Delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. *Revista de investigación educativa. RIE.* 2003;21(2):449-64.
21. Ballesteros-Pérez AM, Saturno P, Ortega P, Mínguez R, Molina F, Martínez MT, et al. Construcción y validación de una escala de actitudes hacia la atención primaria de salud. *Atención Primaria.* 1996;18(4):168-75.
22. Carretero-Dios H, Pérez C. Standards for the development and review of instrumental studies. *Int J Clin Health Psychol.* 2007;7(3):863-82.
23. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000;32(4):1008-15.
24. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Harcourt; 2000.
25. Yañer R, Cuadra R. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Cienc Enferm.* 2008;14(1):9-15.

Recibido: 29.3.2012

Aceptado: 7.1.2013

Como citar este artículo:

Lima-Rodríguez JS, Lima-Serrano M, Jiménez-Picón N, Domínguez-Sánchez I. Validación de contenido de la escala de autopercepción del estado de salud familiar usando la técnica Delphi. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar-abr. 2013 [acceso: / /];21(2):[09 pantallas]. Disponible en: _____

día | año
mes abreviado con punto

URL