

**VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOPERCEPCIÓN
DEL ESTADO DE SALUD FAMILIAR (AESFAv2).**

Análisis de validez, confiabilidad y utilidad.

Isabel Domínguez Sánchez

Enfermera

Máster en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud

Tesis con mención internacional dirigida por:

Dr. Joaquín Salvador Lima Rodríguez

Dra. Marta Lima Serrano

2021



El Dr. D. Joaquín Salvador Lima Rodríguez, y la Dra. Dña. Marta Lima Serrano,
profesores del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y
Podología de la Universidad de Sevilla.

CERTIFICAN:

Que la presente tesis titulada “VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE
AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD FAMILIAR (AESFAv2). Análisis
de validez, confiabilidad y utilidad”, ha sido elaborada por Dña. Isabel Domínguez
Sánchez. A lo largo del seguimiento y desarrollo de la misma se ha podido comprobar
que la doctoranda ha cumplido con su deber de evitar el fraude académico y las
desviaciones en el ejercicio de la investigación, y que reúne todos los requisitos
pertinentes para su presentación y lectura, a fin de optar al grado de doctora.



Fdo. Joaquín Salvador Lima Rodríguez



Fdo. Marta Lima Serrano

Sevilla, a 26 de octubre de 2021

Contenidos

NOTA DE LA AUTORA	4
AGRADECIMIENTOS	6
RELACIÓN DE TABLAS	10
RELACIÓN DE FIGURAS	11
RELACIÓN DE ANEXOS	12
GLOSARIO DE SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS	13
RESUMEN	16
ABSTRACT	17
RESUMO	18
INTRODUCCIÓN	20
Pertinencia	27
Justificación	29
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	30
La familia	46
Características	50
Tipos de familia	53
Funciones familiares	55
Ciclo vital familiar	58
La familia como sistema.....	61
Acontecimientos vitales estresantes para la familia.....	66
La salud familiar	69
Validación de instrumentos de evaluación	75
La enfermería familiar	83
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN	88
Instrumentos de evaluación familiar	88
OBJETIVOS	106
METODOLOGÍA	107
Tipo de diseño	107
Participantes, muestra y procedimientos	108
Variables e instrumentos	111

Variables sociodemográficas	112
Variable de estudio.....	113
Variables para el análisis de criterio de confiabilidad e instrumentos	113
Variable para controlar el análisis test-retest.....	115
Análisis de datos	119
Requisitos éticos y declaración de conflicto de intereses.....	125
RESULTADOS	128
Análisis descriptivos	128
Análisis factorial confirmatorio de la escala AESFAv2	130
Análisis factorial exploratorio de la escala AESFAv2.....	133
Análisis de criterio convergente	138
Análisis de fiabilidad mediante α de Cronbach de AESFAv2	138
Análisis test-retest.....	140
Análisis de la utilidad	141
DISCUSIÓN	142
Análisis factoriales.....	143
Análisis de criterio convergente	149
Análisis de fiabilidad mediante α de Cronbach de AESFAv2	150
Análisis de test-retest.....	151
Análisis de utilidad	152
Limitaciones y fortalezas del estudio	153
Prospectiva e implicaciones prácticas.....	156
Aportaciones al cuerpo de conocimiento enfermero.....	156
Formación.....	161
CONCLUSIONES.....	163
CONCLUSSIONS	165
BIBLIOGRAFÍA	167
ANEXOS	193

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE
SALUD FAMILIAR (AESFAv2). Análisis de validez, confiabilidad y utilidad. ¹.

Isabel Domínguez Sánchez

Departamento de Enfermería. Universidad de Sevilla.

NOTA DE LA AUTORA

En el departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, se trabaja desde hace más de una década en una línea dirigida a la comprensión y valoración de los sistemas familiares, habiendo abarcado distintos aspectos a lo largo del tiempo como los agentes estresantes, los procesos de desahucio, la salud mental de sus miembros, las adicciones, los grupos de ayuda mutua, o la validación de escalas de medición, línea en la cual se encuadra este trabajo.

A lo largo de la presente tesis doctoral, se ha podido realizar y publicar en revista científica, un análisis de las variables sociales y familiares asociadas a la salud familiar. Así mismo, la revisión sistemática que apoya el apartado de antecedentes y estado actual del tema, será objetivo de futura publicación, al igual que los resultados de los análisis presentados. Esperamos con ello contribuir al cuerpo de conocimientos en familia y salud familiar, que faciliten el mejor abordaje posible de los compañeros que trabajan con familias en el desarrollo de su ejercicio profesional.

¹ Se ha seguido la estructura propuesta por el manual de publicaciones de la American Psychological Association en su 6ª edición. En el lenguaje, respecto a las discriminaciones por género, con el objetivo de favorecer la economía expresiva, se utilizaron los determinantes (un/una, el/la) para las expresiones en singular, los sustantivos masculinos expresados en plural se propusieron para designar a personas de ambos sexos/género. Se utilizaron las expresiones impersonales cuando la referencia era a una profesión o actividad (p.ej. enfermería, investigación), en caso contrario se trató de designar a las personas (p.ej. la enfermera, los entrevistados).

AGRADECIMIENTOS

Al Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, y haciéndolo personal, a todo el equipo humano que lo conforma e impulsa. Tanto a aquellas personas que llevan años, o incluso toda una vida, como a aquellas que nos aportan su experiencia y compañía durante sólo unas semanas o meses. Porque en esos pasillos de la Facultad de enfermería, en esos despachos, y en esos cafés y comidas, siempre he encontrado una sonrisa y una acogida cálida.

A la Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de la Universidade do Algarve, por recibirme y permitirme crecer en mi carrera investigadora y en mi experiencia de vida, como persona curiosa de historias, culturas y paisajes.

A Saúl Neves de Jesus, por su calidad humana y su esfuerzo en facilitar mi paso por la Universidade do Algarve. Por ofrecerme oportunidades para hacer contactos y acompañarme en este camino, que, espero, sólo sea el principio de otros proyectos.

También a Liliana Nunes, por su esfuerzo en una etapa vital que siempre cuesta combinar con otras. ¿Cuándo es “el momento” para algo? *El momento es la vida*, lo que nos trabajamos y lo que aceptamos que llega. Ánimo, conseguirás lo que te propongas.

A muchas familias:

A todas las familias que participaron en este trabajo. Muchas me abristeis vuestra intimidad más allá de responder al cuestionario. Aprendí con cada mirada, con cada gesto, cada lágrima, sonrisa, abrazo, despedida, y con cada historia de vida. Gracias.

A mi familia de la facultad, que me han acompañado desde que entré como alumna de primer año un poco perdida en la carrera y bastante perdida en la vida misma. Nombraré a con quienes he podido tener más relación, por no extenderme demasiado, y no por ello desmereciendo a otras tantas personas que me han aportado tanto tal vez sin saberlo.

Valme Gómez Sánchez, Francisco Javier González Limones, Catalina Martín Castaño, Agustina Rosselló Ruiz, Manuel Jesús García Martínez, Josefa Catalán Piris, José Ignacio Villar Navarro, Juana Macías Seda, Lola Mateos García, Maria Jesús Albar

Marín, Mercedes Bueno Ferrán, Jose Antonio Suffo Aboza, Juan Manuel Fernández Sarmiento, Antonio Manuel Barbero Radio, Sergio Barrientos Trigo, Rocío de Diego Cordero, Elena Fernández García, M^a Ángeles García-Carpintero Muñoz, Eugenia Gil García, Ana María Porcel Gálvez, Soledad Vázquez Santiago. Gracias.

A mis compañeros de trinchera María Teresa Baena Ariza, Pablo Fernández León, Rafael Jesús Fernández Castillo, María González Cano-Caballero, Ana Magdalena Vargas Martínez, Jose Manuel Martínez Montilla, Nicia Santana Berlanga, Carmen Torrejón Guirado, Mari Carmen Mota Pérez. Por vuestro apoyo, disponibilidad, y cafés de desahogo. Llegaréis, y celebraré vuestros logros.

“– Tus amigos están triunfando. – Yo también, son mis amigos.”

A Jose Manuel Romero Sánchez, por dedicarnos algo tan preciado y que no vuelve, su tiempo. Sin tu apoyo con los análisis y datos este trabajo no sería lo que es. Al menos a mí me has hecho comprender la importancia de contar con un colega experimentado en estadística para emprender tales caminos.

Y, en especial, a mis directores de tesis, Marta Lima Serrano y Joaquín Salvador Lima Rodríguez. Marta, quien siempre me ha hecho ver que se le puede sacar más partido a lo que parece terminado. Que la frustración o la decepción no son sino oportunidades para mejorar, un texto, o uno mismo. Joaquín, como siempre refiero, mi padre en la facultad, mi referente y guía. A nivel personal, me apoyaste en momentos muy difíciles, y en otros muy importantes, sabes que, con mucho peso gracias a ti, vivo donde vivo hoy. ¿Qué forma hay de agradecer eso?

A la familia de dónde vengo.

Mis padres, Juan e Isabel, siempre disponibles, siempre constantes e incesantes en su función de hacerme una persona fuerte, independiente y autónoma. Me enseñáis a buscar mi estabilidad, a valorar mi salud y mi formación. Me acompañáis en mis errores, y en mis logros. Dije aquí estoy con cortadillos de cidra, ahora os digo AQUÍ ESTOY en mayúsculas gracias a vosotros, apostando por mi crecimiento con este trabajo. Gracias, sé que siempre estaréis ahí.

A mi hermana María. Con quien comparto tanto y a la vez tan poco parecido. A quien admiro, por todo lo que has vivido y superado, y por todo lo que has querido compartir conmigo en ese trayecto. Recuerda, aunque *Petrie* se cayó aprendiendo a volar muchas veces, al final, voló.

Somos una familia pequeña, con sus vaivenes, pero siempre *hogar, refugio, recurso, siempre familia*. Parte de mi motivación para comprender los sistemas familiares, nació con vosotros.

A mi abuela María, a quien llevo siempre en lo más profundo de mi persona. Quien siempre apostó porque llegáramos donde quisiéramos. Porque su fortaleza, su historia, y la educación que me dio, me guiaron y me guiarán siempre.

A la familia, que he podido elegir (o que me ha elegido a mí).

A la familia Portilla-Álvarez. Me acompañasteis en el camino de esta tesis. Fernando y Candelaria, gracias por ofrecerme vuestra casa, por las comidas, el reconfortante mar y las palabras de cariño siempre. Iván, gracias por tantas risas y tantos ratos de liberación del trabajo de maneras tan nuestras, que me daban fuerza para seguir; y por tantas cosas que agradecer, que sabes, no es este lugar ni momento. Rocío y Juanma, gracias por confiar en mí para cuidar a vuestro mayor tesoro, y por abrirme la vida a tantas experiencias. Ainhoa y Darío, gracias, por haberme hecho sentir lo que significa ser *tita*, porque en mi corazón nació un sentimiento nuevo vinculado a un amor tan inocente como vosotros.

A Pablo Ramírez, *nuestro* Pablo. Por querer que te acompañásemos en tu camino, y por acompañarnos en el nuestro, desde los distintos papeles que hemos ido interpretando durante el mismo. Contigo las palabras constancia y superación me dan fuerzas.

A Ángela de la Cruz García Valladares (y a su familia), quien se convirtió en un pilar de mi vida en muy poco tiempo con muchas *palomitas*, puestas de sol, olas, lágrimas, risas, bailes y comidas. Seguramente sin ser consciente de ello, tú también hiciste que no desistiera en este proyecto, nunca lo olvides.

A Pablo Poó, el Pablo “más reciente” que ha llegado a mi vida, y a su familia. Gracias, por tu comprensión y apoyo, en tantos sentidos. Por darme espacio y tiempo para la tesis, y por robármelo. Por abrirme un mundo nuevo de experiencias, por romper esquemas, y por hacer que *lo inesperado* sea tan cálido y me llene tanto mi vida. Has hecho, con tus palabras de ánimo y tu compañía, que los últimos momentos, tal vez más duros, de la tesis, no hayan pesado tanto. *Espero* poder devolvértelo.

A tantos amigos: Manu (mi *bro*), Diego, Dani, Rayco, Miguel (*ahora* en Oxford), Manuel y Yolanda, Virginia y Daniel, Laura, Miguel (mi Migue) y Patri, Ernesto, Manuela, Julio, Juanjo, Adriá, Laura y Francis, David, Dalila, el Dr. Fernando e Isabel, Raquel, Miryam, Andrés, Tete y Juan Jesús. Y todos los que no hubiera nombrado. Sin darle importancia a qué ha sido o qué es de nosotros ahora, siempre que me habéis preguntado qué tal me iba la tesis, me hacíais sentir apoyada, me dabais ánimos para seguir, le dabais sentido a mi motivación para investigar cómo poder mejorar la salud de las familias. Porque también he llegado aquí gracias a vosotros.

A mi familia con plumas, branquias, y, sobre todo, con bigotes. Aunque no seáis conscientes de lo que significa estar en estas líneas, espero al menos devolveros el amor y la compañía incondicional que me dais cada día. A todos los que estuvieron, y en especial a los que están ahora: Miyu, Freya, Thor, Chipiona, y mi querido Neko. Por animarme sin saberlo cuando la motivación con la tesis decaía. Por enseñarme lo importante de un rayito de sol, de enfocarse en un objetivo, y de disfrutar cualquier cosa que uno esté haciendo.

RELACIÓN DE TABLAS

Tabla 1. Teorías y modelos conceptuales que apoyan la investigación y práctica enfermera con familias.....	31
Tabla 2. Aspectos a analizar en los procesos de validación de escalas	78
Tabla 3. Características de los instrumentos identificados para valorar la salud familiar en la revisión sistemática.....	95
Tabla 4. Variables incluidas en el estudio	116
Tabla 5. Resultado del índice de Kaiser-Meyer-Olkin y prueba de Bartlett.	120
Tabla 6. Criterios e índices usados en el análisis factorial confirmatorio.....	121
Tabla 7. Análisis descriptivo de la muestra.....	128
Tabla 8. Descriptivo de los instrumentos utilizados	130
Tabla 9. Resultados estadísticos del AFC realizado para los distintos modelos.	131
Tabla 10. Pesos estandarizados de regresión	131
Tabla 11. Varianza total explicada	133
Tabla 12. Matriz de componente rotados.....	134
Tabla 13. Estructura para clima familiar en AESFAv2	136
Tabla 14. Estructura para integridad familiar en AESFAv2	136
Tabla 15. Estructura para resiliencia familiar en AESFAv2	137
Tabla 16. Análisis de correlaciones entre escalas.....	138
Tabla 17. Correlación ítem-total corregidos y Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	138
Tabla 18. Resultados del análisis test-retest para la escala AESFAv2.	140

RELACIÓN DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de salud familiar según Louro	44
Figura 2. Modelo de salud familiar propuesto.....	73
Figura 3. Flujograma de la revisión	92
Figura 4. Flujograma de las fases del estudio.....	111

RELACIÓN DE ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario utilizado en el estudio de campo	194
Anexo 2. Cuestionario post-test.....	200
Anexo 3. Aprobación del Comité de ética coordinador de la Investigación Biomédica de Andalucía.....	204
Anexo 4. Modelo de partida propuesto para el análisis factorial confirmatorio	205
Anexo 5. Modelo modificado 2 propuesto para el análisis factorial confirmatorio	206
Anexo 6. Propuesta de versión reducida de la escala	207

GLOSARIO DE SÍMBOLOS Y ABREVIATURAS

%	Porcentaje
AESFA	Escala de Autopercepción del Estado de Salud familiar
AESFAv2	Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar versión 2, modificada o reducida
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AIC	Akaike Information Criterion / Criterio de Información
APGAR	Adaptability / Adaptabilidad, Partnertship / Cooperación, Growth / Desarrollo, Affection / Afectividad, Resolve / Capacidad resolutive
AVE	Acontecimientos vitales estresantes
C	Confiabilidad
CCI	Coefficiente de Correlación Intraclase
CFI	Comparative Fit Index / Índice de ajuste comparativo
CI	Consistencia interna
CINHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, base de datos especializada en enfermería y ciencias de la salud
COSMIN	COnsensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments
CP QOL	Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire
D.	Don
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud
Dña.	Doña
Dr.	Doctor
Dra.	Doctora
EM	Error de medición
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
et al.	Y otros
FACES	Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales
FAD	McMaster Family Assessment Device
FAFHES	Family Functioning, Health and Social Support

FAM	The Family Assessment Measure
FES	The Family Environment Scale
FHC-PA	Family Health Climate Scale - Psysical activity
FHC-Scale	Family Health Climate Scale
FHC-UN	Family Health Climate Scale - Nutrition
FPI	Profesional de primer grado
FPII	Formación Profesional superior
FRS	Family Relations Scale
FSSI	The family stress and support inventory
gl	Grados de libertad
H ₀	Hipótesis nula
H ₁	Hipótesis alternativa
IBM	International Business Machines Corporation
ICNP	Clasificación internacional para la práctica de enfermería
KMO	índice de Kaiser-Meyer-Olkin
MeSH	Medical Subject Headings
n	Muestra
N	Población
NANDA	Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería
NFI	Normed Fit Index / Índice de ajuste normalizado
NIC	Nursing Interventions Classification/Clasificación de Intervenciones de Enfermería
NOC	Nursing Outcomes Classification / Clasificación de resultados enfermeros
OMS	Organización Mundial de la Salud
p	Significación estadística
PCFI	Índice comparativo de ajuste parsimonioso, multiplica el CFI por el PRATIO
PH	Prueba de hipótesis
PIC	Prácticas Interprofesionales Colaborativas
PICO	Population, Intervention, Context, Outcome

PNFI	Índice normado de ajuste parsimonioso, multiplica el NFI por el PRATIO
PRATIO	Parsimony Ratio / Razón de parsimonia
Psycinfo	Base de datos publicada por la American Psychological Association, considerada una de las más importantes en el campo de la Psicología
PubMed	Motor de búsqueda de acceso libre que con acceso a más de 33 millones de entradas en literatura biomédica de MEDLINE, revistas de científicas y libros en línea
RAE	Real Academia Española
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation / Error Cuadrático Medio de Aproximación
S	Sensibilidad
SCOPUS	Base de datos de citas de artículos y referencias bibliográficas perteneciente a Elsevier
SCORE	The Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation
SFI	Beavers Systems Model Self-Report Family Inventory
Sig.	Significación
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SRS	Social Readjustment Scale / Escala de Reajuste Social
STIC	Systemic Therapy Inventory of Change
TFS	Terapia Familiar Sistémica
TLI	Tucker-Lewis Index / Índice de Tucker-Lewis
UCV	Unidades de cambio vital
VCr	Validez de criterio
VCt	Validez de contenido
VE	Validez estructural
VT	Validez transcultural
X ²	Prueba de chi cuadrado
α	Alfa de Cronbach

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD FAMILIAR (AESFAv2). Análisis de validez, confiabilidad y utilidad.

RESUMEN

Reconociendo la familia como núcleo base de la sociedad, es necesario profundizar en su comprensión, hacer operativos sus constructos y construir instrumentos de medición. La escala de Autopercepción del Estado de Salud familiar ha sido desarrollada para valorar la salud familiar en población general, estando su validación en desarrollo.

Objetivo: Determinar las propiedades psicométricas la Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar versión 2 (AESFAv2), en términos de validez, confiabilidad y utilidad. **Método:** Estudio instrumental en una muestra de 311 familias nucleares residentes en Sevilla. Se recogieron variables sociodemográficas y aquellas incluidas en las escalas de AESFAv2, APGAR Familiar y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES). Se realizaron análisis descriptivo, análisis factorial confirmatorio y exploratorio, análisis correlacional entre las escalas, prueba α de Cronbach, y análisis test-retest. **Resultados:** el modelo y sus 3 modificaciones no lograron ajustarse en el análisis factorial confirmatorio. El análisis factorial exploratorio, indicó un buen ajuste para un modelo de 24 ítems con 5 factores, que correlacionó significativamente con APGAR Familiar y FACES. El α de Cronbach para AESFAv2 fue adecuado (0,87), así como el índice de confiabilidad test-retest (CCI =0,89, $p < 0,001$, 95% CI 0,87-0,90). En cuanto a la utilidad, se estima un tiempo de aplicación de 2-3 minutos, no precisa entrenamiento específico (autoadministrada), teniendo un algoritmo de cuantificación sumatorio. **Discusión y conclusiones:** Sería interesante en futuros estudios, utilizar esta herramienta en metodologías longitudinales, mixtas o cualitativas, así como continuar el proceso de validación. La escala de AESFAv2, podría facilitar la atención familiar, identificando áreas susceptibles de intervención. Podría ser útil también en el trabajo del equipo multidisciplinar, sirviendo de referencia para otros profesionales que trabajan en la atención familiar.

PALABRAS CLAVES

Encuestas y Cuestionarios, Estudios de validación, Familia, Salud Familiar

ABSTRACT

Recognizing the family as the base nucleus of society, it is necessary to deepen its understanding, make its constructs operational, and build measuring instruments. The Self-Perception of Family Health Status scale has been developed to assess family health in the general population, and its validation is under development. **Objective:** To determine the psychometric properties of the Family Health Status Self-Perception Scale version 2 (AESFAv2), in terms of validity, reliability and utility. **Method:** Instrumental study in a sample of 311 nuclear families residing in Seville. Sociodemographic variables and those included in the AESFAv2, APGAR Familiar and Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES) scales were collected. Descriptive analyzes, confirmatory and exploratory factor analysis, correlational analysis between scales, Cronbach's α test, and test-retest analysis, were carried out. **Results:** the model and its 3 modifications could not be adjusted in the confirmatory factor analysis. The exploratory factor analysis indicated a good fit for a 24-item model with 5 factors, which significantly correlated with Family APGAR and FACES. Cronbach's α for AESFAv2 was adequate (.87), as well as the test – retest reliability index (ICC = .89, $p < .001$, 95% CI .87-.90). Regarding the utility, an application time of 2-3 minutes is estimated, it does not require specific training (self-administered), having a summative quantification algorithm. **Discussion and conclusions:** It would be interesting in future studies to use this tool in longitudinal, mixed or qualitative methodologies, as well as to continue the validation process. The AESFAv2 scale could facilitate family care, identifying areas susceptible to intervention. It could also be useful in the work of the multidisciplinary team, serving as a reference for other professionals who work in family care.

KEYWORDS

Family, Family Health, Surveys and Questionnaires, Validation studies.

RESUMO

Reconhecendo a família como núcleo de base da sociedade, é necessário aprofundar sua compreensão, operacionalizar seus construtos e construir instrumentos de medição. A escala de Autopercepção do Estado de Saúde da Família foi desenvolvida para avaliar a saúde da família na população em geral e sua validação está em desenvolvimento.

Objetivo: Determinar as propriedades psicométricas da escala de Autopercepção do Estado de Saúde da Família versão 2 (AESFAv2), em termos de validade, confiabilidade e utilidade. **Método:** Estudo instrumental em uma amostra de 311 famílias nucleares residentes em Sevilha. Foram coletadas variáveis sociodemográficas e aqueles incluídas nas escalas AESFAv2, APGAR Familiar e Escalas de Avaliação de Coesão e Adaptabilidade Familiar (FACES). Realizou-se análise descritiva, análise fatorial confirmatória e exploratória, análise correlacional entre as escalas, teste α de Cronbach e análise teste-reteste. **Resultados:** o modelo e suas 3 modificações não puderam ser ajustados na análise fatorial confirmatória. A análise fatorial exploratória indicou um bom ajuste para um modelo de 24 itens com 5 fatores, que se correlacionou significativamente com o APGAR da família e o FACES. O α de Cronbach para AESFAv2 foi adequado (0,87), assim como o índice de confiabilidade teste - reteste (ICC = 0,89, $p < 0,001$, IC 95% 0,87-0,90). Em relação à utilidade, estima-se um tempo de aplicação de 2 a 3 minutos, não requer treinamento específico (autoaplicável), possuindo algoritmo de quantificação somativa. **Discussão e conclusões:** Seria interessante em estudos futuros utilizar esta ferramenta em metodologias longitudinais, mistas ou qualitativas, bem como continuar o processo de validação. A escala AESFAv2 poderia facilitar o cuidado à família, identificando áreas suscetíveis de intervenção. Também poderia ser útil no trabalho da equipe multiprofissional, servindo de referência para outros profissionais que atuam no cuidado à família.

PALAVRAS CHAVES

Família, Saúde da Família, Estudos de validação, Inquéritos e Questionários.

INTRODUCCIÓN

La familia como núcleo base y primario de la humanidad ha evolucionado al ritmo de las sociedades donde se asienta (Hautsalo et al., 2013; Potter et al., 2013). El interés por su estudio ha ido aumentando a lo largo del tiempo, reconociendo su importancia en diferentes ámbitos y niveles de la práctica enfermera, y la necesaria reflexión sobre las investigaciones desarrolladas y su calidad. En este sentido, la evaluación del sistema familiar ha sido en las últimas tres décadas un ámbito de investigación y estudio fundamental para profundizar sobre los aspectos más relevantes en las familias, así como para distinguir y conocer los diversos modos de funcionamiento familiares dentro de sus entornos.

La importancia del estudio de la salud familiar radica en el papel influyente de la misma sobre el desarrollo de la sociedad, dado que los hábitos de vida de la comunidad están configurados por los hábitos de vida de la familia, por lo que cabe afirmar que la salud de la familia determina la salud de la comunidad. De este modo, promover la salud en el núcleo familiar significará promover la salud de la comunidad (Perea Quesada, 2006).

Por otro lado, la familia está sujeta a presiones internas que provienen de los cambios evolutivos de sus propios miembros y subsistemas y a presiones externas, que provienen de la necesidad de adaptarse a las instituciones sociales que influyen sobre sus miembros. En respuesta a estas demandas internas y externas, los miembros de la familia tienen que generar constantes transformaciones, que les permitan crecer al tiempo que el sistema familiar mantenga su continuidad (Minuchin, 2009).

Para las enfermeras resulta de gran importancia conocer el estado de la salud familiar en la medida en que entre sus competencias destacan el cuidado de la familia como unidad de atención para ayudarlas a satisfacer sus necesidades y el asesoramiento en materias de hábitos de vida, de salud familiar y servicios de atención domiciliaria (51^a Asamblea Mundial de la Salud, 1998). De este modo, la enfermería, como profesión puntera en la organización de los equipos de atención primaria, reconoce a la familia como el eje

central de atención, siendo este nivel de atención el primer escalón en el contacto de las familias con los equipos sanitarios para la promoción de la salud y prevención de problemas (Prats & Pueyo, 2003).

Centrarse en la familia es una estrategia útil para trabajar hacia una perspectiva más amplia del cuidado y la salud de la familia, sus miembros, y toda la comunidad. Puede apreciarse que no todas las familias son capaces de satisfacer las necesidades de sus miembros con el objetivo de alcanzar su desarrollo y niveles óptimos de salud, para lo cual, las enfermeras de salud pública / comunitaria tienen una posición privilegiada para el acceso a las unidades familiares dentro de la comunidad (Smith, 2012). La importancia de la salud familiar y de las estrategias de enfermería de salud familiar que la abordan, ya se reconocen en los países más desarrollados, y poco a poco, se implantan y se desarrollan investigaciones en otras localizaciones socialmente más sensibles como el Amazonas (Moretti-Pires et al., 2011), Brasil (Angelo, 2008; Borges et al., 2012), Tailandia (Wacharasin & Theinpichet, 2008), Tajikistan (Parfitt & Cornish, 2007), Australia (Lauder et al., 2003), o Nigeria (Irinoye et al., 2006).

Concretamente, la evaluación de la dinámica familiar y los procesos que se desarrollan dentro del núcleo familiar, desde un enfoque relacional y transaccional, es un proceso complejo por los procesos que ocurren en ellas y por la diversidad de factores internos y externos que determinan en el tiempo su evolución. En este sentido, la operacionalización de los constructos referidos a la familia, y de aquellos indicadores dirigidos a evaluar las relaciones interpersonales y los procesos de funcionamiento y organización familiar, es extremadamente compleja. Concretamente en el caso de la salud familiar, no existe una definición consensuada y unívoca, ni un instrumento único o común que permita evaluar este constructo (Ângelo et al., 2009; Egaña-Rojas & Barría-Iroumé, 2015; Silberstein, 1997). Para tratar de encuadrar este estudio, partiremos de los conceptos más relevantes a tener en cuenta, estos son la familia, la

salud familiar y los instrumentos de evaluación utilizados para su estudio, que se detallarán en el marco teórico de este trabajo.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos detalla que la familia es “el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado, poniendo de manifiesto la relación entre familia y sociedad y los derechos de las familias” (Oraá & Gómez, 1997). En el mismo sentido, la OMS, considera a la familia como “uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud”, destacando la necesidad de incluirla como unidad de atención y cuidados en el trabajo asistencial, debiendo articularse la Atención Primaria de Salud en torno a la enfermera de familia (Organización Mundial de la Salud, 1974).

La familia se constituye como la primera fuente de conocimientos, actitudes y habilidades relacionados con la salud, la enfermedad y los cuidados. Para Flores de Bishop (2002) la familia es la primera escuela de comportamientos o estilos de vida para sus miembros, jugando un papel fundamental en la adquisición y modificación de conductas de estos y en su bienestar físico, mental y social. Como estructura básica de la sociedad, tiene funciones propias que no pueden ser desarrolladas por otras organizaciones, como fomentar la socialización de sus miembros en todas sus etapas vitales y facilitar experiencias y vivencias que promuevan su óptimo desarrollo biopsicosocial (Benites, 1997; Suárez-Palacio & Vélez-Múnera, 2018).

Autores previos señalan la importancia que tienen los padres en el desarrollo del niño, de manera que el tipo de relación que se establece condiciona el desarrollo social e individual del sujeto. En este sentido, autores como Ainsworth (1969) o Bowlby (1958) destacaron la importancia de los vínculos de apego entre padres e hijos durante la infancia, en el establecimiento de posteriores relaciones afectivas. En aquellas familias donde se establecen relaciones de apego seguro, con padres que se mostraron cariñosos y sensibles a las peticiones de los hijos, éstos serán más capaces de establecer relaciones caracterizadas por la intimidad y el afecto con los iguales en el futuro. De esta manera,

la familia puede funcionar como un recurso, en la medida en que pueda mantener un orden, estructura y función y equilibrio interno y con su entorno, pero también como factor de riesgo, para la salud de sus miembros y la del propio sistema familiar.

Numerosos psicoanalistas indican que los síntomas a nivel de individuo tienen que ver con la estructura, organización y funcionamiento del grupo familiar, ya que es en el seno familiar donde cada persona aprende a manifestar sus necesidades, se socializa desde el nacimiento, y aprende las conductas de salud-enfermedad. Así, la familia tiene un decisivo papel en el origen de enfermedades como el alcoholismo o la drogadicción; en el mantenimiento y pronóstico de determinadas patologías como la hipertensión, la diabetes o la depresión; en el cumplimiento de los regímenes terapéuticos como dietas específicas, la toma de medicación, o la correcta realización de los ejercicios de rehabilitación.

También la función de la familia en las conductas preventivas es fundamental, como por ejemplo la vacunación de los hijos, el desarrollo de estilos de vida saludables, incluyendo mantener una alimentación completa y equilibrada, promover la realización de ejercicio físico de manera habitual, o establecer unos hábitos de sueño y descanso adecuados. En definitiva, la salud de las familias determinará la salud de las comunidades (Escuredo & Limón, 2018).

Por otro lado, la salud familiar es algo que se sabe que existe, pero que es necesario definir al tratarse de un constructo complejo. Para la Real academia española, un constructo es “una construcción teórica destinada a comprender un problema determinado” (Real academia española, 2019). La salud familiar puede definirse desde determinados puntos de vista, orientados por visiones disciplinares diferentes.

Desde un enfoque enfermero, esta definición debería incluir elementos disciplinares propios al ser la salud familiar objeto de estudio y trabajo de la disciplina enfermera, pues como indica la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1974), el trabajo de las

enfermeras dirigidos a la salud de la familia se dirigen a atender sus necesidades referidas a la salud familiar.

De acuerdo a Malpartida (2020), la salud familiar dependerá de la capacidad de cambio de la familia, ya que representa la homeostasis del sistema familiar a nivel biológico, psicológico y social, como resultado del correcto funcionamiento de la unidad. De este modo, las familias serán funcionales cuando tienen la capacidad de cumplir las funciones propias para cada etapa del ciclo vital familiar, y enfrentar los eventos vitales estresantes, que ocurran durante el mismo, de manera satisfactoria. Siendo algo dinámico, al estar también condicionado por factores socioeconómicos y culturales (Horwitz Campos et al., 1985) y hacer referencia a la capacidad de adaptación que caracteriza un adecuado funcionamiento familiar, más que una situación de equilibrio constante.

Por otro lado, la potencialidad del crecimiento y desarrollo vital saludable se favorece con la existencia de una base segura, es decir, una familia saludable, con un adecuado clima social y familiar donde primen la confianza, el respeto y la promoción de competencias (Hernán et al., 2010; Lima-Rodríguez et al., 2012).

Por todo ello, es necesario poder evaluar a las familias para poder identificar tanto aquellos aspectos que promueven su bienestar y desarrollo, como aquellos otros sobre los que haya que trabajar o modificar para evitar problemas, disfunciones o situaciones de estrés.

En la práctica enfermera, a pesar de que las investigaciones que tienen por foco a la unidad familiar son cada vez más numerosas, aún se identifican dificultades a la hora de abordar a la unidad familiar y trabajar con ella, lo que puede explicarse por: la inexistencia de una definición consensuada y estandarizada de familia y de salud familiar, la complejidad de los procesos familiares y de aquellos factores que intervienen en los procesos de salud-enfermedad, y finalmente por la escasez de modelos enfermeros suficientemente desarrollados para su abordaje (Silberstein, 1997).

Esto ha promovido el interés de los profesionales sanitarios sobre los procesos de evaluación de la salud familiar, tanto en la investigación como en la práctica clínica (Badia & Baró, 2001), lo cual ha precisado la identificación de sus dimensiones fundamentales para establecer indicadores que permitan objetivarla.

Al evaluar globalmente los sistemas familiares y su funcionamiento, se hace relevante conocer (Dois-Castellón & Montero-Ossandón, 2012; Hidalgo & Carrasco, 2002):

- Datos demográficos familiares, en lo referente a estructura familiar, idealmente abarcando las tres últimas generaciones.
- Historia del desarrollo familiar: evolución y etapa del ciclo vital familiar, situaciones de transición entre las mismas, crisis normativas y no normativas experimentadas, así como eventos relevantes ocurridos en el seno del sistema familiar, como por ejemplo enfermedad, accidentes, llegada de un nuevo miembro a la unidad familiar, etc.
- Evaluación de cada miembro en lo referente a su desarrollo individual, nivel de autonomía y fuerza del yo, vinculación afectiva con otros miembros (relaciones), capacidades de manejo del estrés y resolución de problemas.
- Dinámicas relacionales a nivel de subsistemas familiares: subsistema filiar, subsistema paterno-filial, subsistema parental, y otros si los hubiera. La comprensión y análisis de estas relaciones incluyen la evaluación de los patrones de comunicación, el establecimiento y adecuación de límites internos y externos, alianzas y triangulaciones, o vinculación de las relaciones (unidas, cohesionadas, estrechas, desligadas).
- Patrones transgeneracionales e identidad familiar, valores, mitos y creencias.
- Características del entorno social y de sus redes de apoyo, que incluyen lugar de residencia y sus recursos: escuela, iglesias, centros sanitarios y otros recursos municipales. También es importante conocer las redes sociales: familia extensa, vecinos, allegados.

Florenzano et al., (1995) indican que los instrumentos estructurados podrían ser aplicados de tres formas:

1. A nivel individual: donde un miembro de la familia es quien responde acerca de su unidad familiar desde su propio punto de vista
2. A nivel relacional: cuando el mismo instrumento, adaptado a cada individuo si fuera necesario, se aplica a diferentes miembros de la unidad familiar para obtener diferentes percepciones
3. A nivel transaccional: cuando se obtiene la información a través de la observación directa de los patrones de interacción familiar.

Una amplia gama de investigadores y profesionales que trabajan con familias, aplican herramientas con orientación hacia la evaluación sistémica. En este sentido, el grupo de trabajo dirigido por Lima-Rodríguez, proponen evaluar el sistema familiar en base a su composición (número de miembros), estructura (tipo de familia), ciclo vital familiar, salud familiar, y apoyo social percibido, gestión familiar de la enfermedad, e impacto de los acontecimientos vitales estresantes (AVE) (Lima-Rodríguez et al., 2009). En la misma línea, Malpartida (2020) también destaca la relevancia de evaluar a la familia de manera global, destacando la salud familiar en términos de normofuncionalidad o disfunción, además de la composición, estructura y ciclo vital familiar mediante el genograma (que abordaremos posteriormente), el apoyo social, y eventos estresantes específicos como los procesos de salud-enfermedad de sus miembros. Finalmente, Aylward & Stancin, (2008) apuntan de nuevo la importancia de indagar sobre la estructura familiar, los roles, el funcionamiento familiar o la cohesión, así como los posibles conflictos familiares específicos y situaciones críticas como violencia doméstica, abuso de sustancias, procesos de divorcio, entre otros.

Respecto al estudio enfermero de la salud familiar, son de gran importancia los instrumentos de evaluación específicos enfocados en taxonomías propias desarrollados con referentes teóricos propios, dado que van a permitir a las enfermeras establecer planes de cuidados específicos de acuerdo a las necesidades reales identificadas en las familias que son evaluadas con ellos (Camargo Hernández & Pabón Varela, 2017).

Hamilton & Carr (2016), en una revisión sistemática, identificaron diferentes instrumentos de autoevaluación de la familia e identificaron que, de ocho, cinco fueron adecuados para su uso: el McMaster Family Assessment Device, el Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, el Self-Report Family Inventory, el Family Assessment Measure III, y finalmente el Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation. Sin embargo, ninguno de ellos evaluaba específicamente la salud familiar. Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, & Domínguez-Sánchez (2015) identificaron dos instrumentos que abordarían específicamente la salud familiar en población general como serían el Family Functioning, Health and Social Support (FAFHES), o la escala de Auto percepción del Estado de Salud familiar (AESFA). En el marco de este estudio, además de los anteriores, se han localizado otras herramientas que abordan la salud familiar, como son la Family Health Scale, y para aspectos más concretos, el Cerebral Palsy Quality Of Life questionnaire y el Family Health Climate Scale.

Pertinencia

En los últimos 25 años distintas cumbres internacionales han destacado la creciente necesidad de contar con un programa de acción sanitaria y social que pongan en valor la función de las familias y de las comunidades, como fueron (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2009): La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo, 1994), los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las Naciones Unidas (2000) y el Plan de Acción

Internacional sobre el Envejecimiento, de las Naciones Unidas (2002). Todos ellos pusieron en valor la necesidad e importancia de incluir a la familia y la comunidad para mejorar la salud mundial.

Respecto al trabajo enfermero con la familia, el Comité de Expertos en Enfermería de la OMS formuló la siguiente declaración: "Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles" (Organización Mundial de la Salud, 1974).

Además, entre los objetivos OMS de salud para todos en el siglo 21 para la región europea respecto al desarrollo de la atención primaria de salud se indica que, en el núcleo del sistema, debe estar una enfermera de salud familiar bien formada, que proporcione un amplio asesoramiento en materias de hábitos de vida, de salud familiar y servicios de atención domiciliaria a un número limitado de familias (51ª Asamblea Mundial de la Salud, 1998).

En España, existe un amplio marco legal que regula la atención a la familia y el papel de la familia en la prestación de servicios, como son la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras; la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia; la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres; el Plan Integral de Apoyo a la Familia; o las Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas. La propia Constitución española detalla una serie de artículos donde tiene en cuenta a la familia como el Artículo 32.1 (Igualdad jurídica para el hombre y la mujer a contraer matrimonio) o el Artículo 39.1 (Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia). Lo anteriormente expuesto demuestra la importancia que para la sociedad y sus instituciones tiene la familia y la pertinencia de su estudio desde nuestra disciplina.

Justificación

A pesar de que la importancia de la familia, la práctica clínica suele adolecer de un correcto enfoque en su atención, menospreciando su valor como ente que requiere cuidados, siendo frecuentemente olvidada o tenida en cuenta sólo de manera parcial (Silberstein, 1997). También Martins, Fernandes y Gonçalves, citados por Graça-Henriques & de Jesus-Santos (2019), destacan que una gran parte de las enfermeras no conoce ningún modelo de evaluación o intervención familiar. Por su parte, Kaakinen et al. (2018) y Kaakinen & Hanson (2015) consideran que es necesario abarcar múltiples perspectivas en enfermería familiar, dado que ninguna teoría, modelo o marco conceptual único, permite describir adecuadamente las relaciones familiares.

Sin embargo, avanzar en las estrategias de promoción de la salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud, especialmente en atención primaria, es fundamental el abordaje de la familia, ya que esta representa una importante figura mediadora de la salud de sus miembros (Louro Bernal, 2005). En este sentido, una verdadera perspectiva sistémica requiere reconocer las influencias recíprocas del individuo, familia y otros sistemas (Walsh & Anderson, 2014) y para ello es preciso evaluar a las familias contando con instrumentos útiles, válidos y fiables, permitirá el abordaje integral de la familia, guiando las acciones necesarias para conseguir en última instancia sociedades saludables.

Todo ello justifica seguir avanzando en la comprensión de los procesos familiares, así como en el desarrollo de instrumentos de evaluación específicos que apoyen a las enfermeras y los profesionales de la salud que desarrollen su trabajo en el marco de la gestión, docencia, intervención y en la investigación con familias.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El proceso de investigación se fundamenta sobre unas propuestas teóricas y unos elementos conceptuales que es necesario establecer en primer lugar para que nos permita desarrollar y explicar el objeto de estudio y el punto de partida de nuestra investigación. En este sentido, es necesario referirse al marco teórico y definir los principales conceptos que se utilizan en el estudio, así como las posibles relaciones existentes entre los mismos (Fortin, 1999).

En cualquier entorno de práctica clínica, al acercarse a la familia, las enfermeras se benefician de la aplicación de una estructura conceptual clara o un mapa familiar, que promueva la síntesis de datos, permitiendo la identificación de fortalezas familiares y problemas familiares, para definir su plan de tratamiento de manera esquemática (Wright & Leahey, 2011).

Las teorías y los modelos conceptuales que explican y orientan la práctica de la enfermería de familia han evolucionado a partir de tres grandes tradiciones y disciplinas: las teorías de las ciencias sociales de la familia, las teorías de terapia familiar y los modelos conceptuales de enfermería (Hanson, 2005; Kaakinen & Hanson, 2015).

Los modelos de enfermería representan, en gran parte, un enfoque deductivo (de general a específico) del desarrollo de la ciencia enfermera. Aunque representan una parte importante de nuestra herencia enfermera, estos marcos conceptuales y su enfoque deductivo se ven de manera más crítica en la actualidad. A medida que la ciencia de la enfermería ha evolucionado, actualmente se aboga por enfoques más inductivos (específicos de la general) para el desarrollo de la teoría de enfermería (Kaakinen & Hanson, 2015). Según Graça-Henriques & de Jesus-Santos (2019), la teoría es la base para la práctica de la profesión enfermera porque el conocimiento implica la práctica, amplía y desarrolla la teoría, adaptándola a la práctica del cuidado de enfermería.

En este sentido, fue a partir de 1960 y durante 1970, cuando las enfermeras pusieron gran énfasis en el desarrollo de modelos conceptuales de enfermería. Aparte modelo de sistemas conductuales para enfermería (Johnson, 1980) y del modelo de sistemas de Neuman (Neuman & Fawcett, 2010).

Siguiendo a Kaakinen & Hanson (2015), a lo largo del tiempo, las tres teorías y modelos conceptuales que han apoyado de forma general la investigación y práctica enfermera con familias, se podría resumir en la siguiente tabla (Tabla 1):

Tabla 1. Teorías y modelos conceptuales que apoyan la investigación y práctica enfermera con familias

Teorías de Ciencias sociales de la familia	
<i>Structural Functional Theory</i>	
Friedman, Bowden, & Jones (2003)	La atención se centra en las familias como institución y en cómo funcionan para mantener a la familia y la red social.
Artinian (1994)	
Nye & Berardo (1981)	
<i>Symbolic Interaction Theory</i>	
Nye (1976)	El foco está en las interacciones dentro de las familias y la comunicación simbólica
Turner (1970)	
Rose (1962)	
Hill & Hansen (1960)	
<i>Developmental Theory and Family</i>	
<i>Life Cycle Theory</i>	
Carter & McGoldrick (2005)	La atención se centra en el ciclo de vida de las familias y representa las etapas normativas del desarrollo familiar.
Duvall & Miller (1985)	
Duvall (1977)	

<p><i>Family Systems Theory</i></p> <p>von Bertalanffy (1950, 1968)</p>	<p>La atención se centra en las interacciones circulares entre los miembros de los sistemas familiares, que dan resultados funcionales o disfuncionales.</p>
<p><i>Family Stress Theory</i></p> <p>McCubbin & McCubbin (1993)</p> <p>McCubbin & Patterson (1983)</p> <p>Hill (1949, 1965)</p>	<p>La atención se centra en el análisis de cómo las familias experimentan y enfrentan los eventos estresantes de la vida.</p>
<p><i>Change Theory</i></p> <p>Wright & Leahey (2013)</p> <p>Maturana & Varela (1992)</p> <p>Wright & Watson (1988)</p> <p>Maturana (1978)</p> <p>Watzlawick, Weakland, & Fisch (1974)</p>	<p>La atención se centra en cómo las familias permanecen estables o cambian cuando hay un cambio dentro de la estructura familiar o por influencias externas.</p>
<p><i>Transition Theory</i></p> <p>White & Klein (2008)</p> <p>White (2005)</p>	<p>El objetivo es comprender y predecir las transiciones que experimentan las familias a lo largo del tiempo mediante la combinación de la teoría de roles, la teoría del desarrollo familiar y la teoría del curso de vida.</p>
<p>Teorías de Terapia Familiar</p>	
<p><i>Structural Family Therapy Theory</i></p> <p>Nichols (2004)</p> <p>Minuchin & Fishman (1981)</p> <p>Minuchin, Rosman, & Baker (1978)</p> <p>Minuchin (1974)</p>	<p>Este enfoque orientado a los sistemas ve a la familia como un sistema sociocultural abierto que se enfrenta continuamente a demandas de cambio, tanto desde dentro como desde fuera de la familia.</p> <p>La atención se centra en todo el sistema familiar, sus subsistemas, límites y coaliciones, así como en los patrones transaccionales familiares y las reglas.</p>
<p><i>International Family Therapy Theory</i></p> <p>Satir (1982)</p>	<p>Este enfoque ve a la familia como un sistema de comportamientos y comunicación interactivos o entrelazados. El énfasis está en el aquí y ahora más</p>

Watzlawick, Beavin, & Jackson (1967) Jackson (1965)	que en el pasado. Las intervenciones clave se centran en establecer una comunicación clara y congruente y en aclarar y flexibilizar las reglas familiares.
<i>Family Systems Therapy Theory</i> Freeman (1992) Kerr & Bowen (1988) Toman (1961)	Trata de promover la diferenciación entre el yo y la familia y la diferenciación del intelecto y de la emoción. Se anima a los miembros de la familia a examinar sus procesos para obtener información y comprensión de su pasado y presente. Esta terapia requiere un compromiso a largo plazo
Teorías y modelos conceptuales de enfermería	
<i>Nightingale</i> Nightingale (1859)	Se describe que la familia tiene influencias tanto positivas como negativas en el resultado de los miembros de la familia. La familia es vista como una institución de apoyo a lo largo de la vida de sus miembros individuales.
<i>Rogers's Science of Unitary Human Beings</i> Rogers (1970, 1986, 1990) Casey (1996)	La familia es vista como un sistema abierto que cambia constantemente en sus interacciones con el medio ambiente.
<i>Roy's Adaptation Model</i> Roy & Roberts (1981) Roy (1976)	La familia es vista como un sistema adaptativo que tiene insumos, control interno y procesos de retroalimentación y salida. La fortaleza de este modelo es comprender cómo las familias se adaptan a los problemas de salud.
<i>Johnson's Behavioral Systems Model for Nursing</i> Johnson (1980)	La familia es vista como un sistema de comportamiento compuesto por un conjunto de subsistemas integrados, interdependientes e interactivos organizados que se ajustan y adaptan con fuerzas internas y externas para mantener la estabilidad.

<i>King's Goal Attainment Theory</i> King (1981, 1983, 1987)	La familia es vista como el vehículo para transmitir valores y normas de comportamiento a lo largo de la vida, lo que incluye el papel de un familiar enfermo. La familia es responsable de abordar la función de cuidado de la salud de la familia. La familia se considera un sistema tanto interpersonal como social. El componente clave es la interacción entre la enfermera y la familia como cliente
<i>Neuman's Systems Model</i> Neuman (1983, 1995)	La familia se ve como un sistema. El objetivo principal de la familia es mantener su estabilidad preservando la integridad de su estructura abriendo y cerrando sus límites. Es un modelo fluido que representa a la familia en movimiento y no una visión estática de la misma.
<i>Orem's Self-Care Deficit Theory</i> Gray (1996) Orem (1983a, 1983b, 1985)	La familia es vista como la unidad condicionante básica en la que el individuo aprende cultura, roles y responsabilidades. Específicamente, los miembros de la familia aprenden a actuar cuando uno está enfermo. El comportamiento de autocuidado de la familia evoluciona a través de las relaciones interpersonales, la comunicación y la cultura que es única para cada familia.
<i>Parse's Human Becoming Theory</i> Parse (1992, 1998)	Se considera que el concepto de familia y de quién la integra se convierte y evoluciona continuamente. El papel de la enfermera es utilizar la comunicación terapéutica para invitar a los miembros de la familia a descubrir el significado de la experiencia para cada uno y para la familia en su conjunto.
<i>Friedemann's Framework of Systemic Organization</i> Friedemann (1995)	La familia se describe como un sistema social que tiene el objetivo expreso de transmitir la cultura a sus miembros. Los elementos centrales de esta teoría

	son la estabilidad familiar, el crecimiento familiar, el control familiar y la espiritualidad familiar.
<i>Denham's Family Health Model</i>	La salud familiar se considera un proceso a lo largo del tiempo de interacciones entre miembros de la familia y comportamientos relacionados con la salud. La salud familiar se describe en relación con los dominios contextuales, funcionales y estructurales.
Denham (2003)	Las rutinas dinámicas de salud familiar son patrones de comportamiento que reflejan el autocuidado, la seguridad y la prevención, los comportamientos de salud mental, el cuidado familiar, el cuidado de enfermedades y el cuidado familiar.

Fuente: elaboración propia en base a (Kaakinen & Hanson, 2015).

Recientemente Hohashi (2019), que está trabajando con la Teoría de los Sistemas de Creencias Familiares (*Family Belief Systems Theory*) y que ha sido utilizada en estudios familiares en los Estados Unidos, Japón, China, Indonesia y Filipinas, afirma que esta teoría favorece “una enfermería de atención de la salud familiar culturalmente congruente”, apoyada en:

- (a) la estructuración de un sistema, basado en las creencias de los miembros de la familia como criterios cognitivos, en qué emociones, decisiones / actos y respuestas físicas del miembro de la familia (incluidos los problemas de salud) ocurren; y (b) el proceso en el que las creencias familiares se forman a partir de las creencias de los miembros de la familia, mediante el cual se realizan decisiones / actos intencionales de la familia (toma de decisiones familiares, autogestión familiar, etc.). (Hohashi, 2019, p. 435)

Según este autor, la enfermera puede gestionar las conductas de la familia y sus intervenciones para dirigir las hacia unas posturas más positivas, identificando los mecanismos de los sistemas de creencias familiares.

Desde una perspectiva más general, el modelo de Desarrollo de salud y enfermería (Allen & Warner, 2002; Ford-Gilboe, 2002) brinda una perspectiva enfocada en las fortalezas familiares y sus procesos. En este modelo, la salud se considera una característica de la familia, una forma de vida que se desarrolla con el tiempo en el contexto de la vida familiar cotidiana y la salud familiar es una combinación de cuatro conceptos distintos interrelacionados: trabajo de salud, potencial de salud, competencias en comportamientos de salud y estado de salud.

El trabajo en salud, concepto central en la teoría, es un proceso de participación activa a través del cual las familias aprenden formas de enfrentar los desafíos de salud y de utilizar fortalezas y recursos para lograr metas de desarrollo individual y familiar. Las familias que demuestran niveles más altos de trabajo en salud están interesadas e involucradas activamente en asuntos de salud y utilizan un enfoque proactivo de resolución de problemas para manejar situaciones de salud. La participación de la familia en el trabajo de salud está influenciada por el potencial de salud de esa familia.

El potencial de salud se aborda como un concepto importante a tener en cuenta en las intervenciones enfermeras, ya que representa la probabilidad de cambio o evolución. El potencial de salud se manifiesta en demostraciones de (a) disposición para dedicar tiempo y esfuerzo a pensar sobre la salud y su desarrollo y (b) la capacidad para realizar las tareas y dominar las habilidades del trabajo en salud. La importancia de esta variable para el papel de la enfermería en la potenciación de ideas de vida saludable y trabajo de salud para preparar a las personas en el uso de recursos de salud de la comunidad. Tres factores influirían en el potencial de salud familiar:

-Motivación: se hace presente cuando la familia dedica tiempo y esfuerzos hacia comportamientos saludables, búsqueda de información o de asesoramiento. Además,

este seguimiento es activo, consciente. La participación demuestra una tendencia a iniciar y colaborar con los profesionales que les acompañan en los procesos de salud-enfermedad.

-*Recursos*: se refiere a las posibilidades de acceso al conocimiento y la información, la suficiencia económica, la red de familiares, vecinos y amigos, el acceso a servicios comunitarios, y el sentido de eficacia personal / familiar (experiencias de éxito en áreas clave, como la escuela, el trabajo, la vida social, la vida familiar).

-*El estilo de funcionamiento familiar*: estilos positivos se relacionarían con la utilización de diferentes enfoques para situaciones de distinta complejidad a las que tengan que hacer frente. Además, la familia ve los acontecimientos de la vida como situaciones que deben afrontarse como parte de la vida familiar, de modo que los miembros participan en la definición de situaciones, metas y expectativas

Centrándonos más específicamente en la familia y la salud familiar, uno de los modelos actualmente con mayor relevancia en la comprensión de los sistemas familiares (Martínez Pampliega et al., 2006) es el modelo circumplejo, desarrollado por Olson, Sprenkle y Russell (Olson et al., 1979), intentando dar estructura al confuso panorama conceptual. Inicialmente, el modelo constaba de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad. Posteriormente estos mismos autores (1983) incorporaron la comunicación como tercera dimensión facilitadora.

La cohesión se refiere al vínculo emocional que los miembros del sistema familiar tienen entre sí, y está compuesta a su vez por las variables de lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, y fronteras internas y externas. La adaptabilidad por su parte es la habilidad del sistema familiar para cambiar, componiéndose por las variables de liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. La comunicación como dimensión facilitadora, se relaciona linealmente con el funcionamiento, por lo que mejores niveles de comunicación familiar se relacionará con

mejor funcionamiento familiar. Entre sus factores se encuentran la empatía y escucha activa, las habilidades del emisor, libertad y claridad de expresión, continuidad y respeto, y consideración.

En el modelo circunplejo, llegar a los extremos de estas dimensiones representaría una situación de disfuncionalidad, relacionándose los niveles moderados con un buen funcionamiento familiar. Las familias podrían clasificarse como funcionales, cuando responden con estabilidad y armonía a los conflictos o acontecimientos estresantes; y disfuncionales, cuando presentan hostilidad, falta de respeto, límites y comprensión, dificultando el mantenimiento de un correcto equilibrio (Almeida Souza et al., 2014). Cada una de las dimensiones se estructura en 4 niveles. Para los distintos niveles de cohesión, se considerarían las familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja). En el caso de la adaptabilidad, se constituyen las familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta).

Podríamos destacar tres autoras de referencia sobre familia y salud familiar. Una de ellas es Sharon A. Denham, quien desarrolló el Modelo de Salud Familiar (Denham, 1999, 2003). Este modelo se construyó desde una perspectiva de enfermería, afirmando que la salud de la familia es una experiencia colectiva y que responde a un proceso de construcción social, cuyos insumos provienen del contexto, rol y estructura de la familia. Este modelo aborda la salud familiar de forma positiva, saludable e integradora del grupo familiar en su conjunto, considerándola como una unidad de análisis plena. El modelo de salud familiar de Denham es un modelo ecológico que tiene tres dominios interrelacionados (contextual, funcional, estructural) para describir los fenómenos de salud familiar).

-El *dominio contextual* describe la salud familiar como los entornos familiares internos y externos que son capaces de afectar los riesgos y potenciales de salud individual y familiar.

-El *dominio funcional* describe la salud familiar en términos de funcionamiento familiar, las interacciones bidireccionales de persona a persona que ocurren dentro del contexto familiar e influyen en los resultados de salud familiar.

-El *dominio estructural* describe las rutinas de salud familiar construidas y practicadas como patrones dinámicos de comportamiento relevantes para la salud a los que los miembros se adhieren de manera bastante consistente y pueden recordarse, describirse y discutirse. El modelo de salud familiar sugiere seis categorías de rutinas: 1) de cuidado personal, 2) de seguridad y prevención, 3) comportamientos de salud mental, 4) de cuidado familiar, 5) de cuidado familiar, y 6) de atención de enfermedades.

Otra autora representativa en el campo de la salud familiar es Marie-Luise Friedemann, creadora del Marco Teórico de Organización Sistémica (Friedemann, 1995).

Friedemann construyó su modelo partiendo de las definiciones propuestas por la Teoría General de Sistemas y de varios expertos en sistemas familiares. Este enfoque teórico de sistemas permite aplicar un panorama más amplio a la familia, considerado entonces un sistema compuesto por un grupo de elementos que interactúan, en el cual cada subsistema es identificable como distinto del ambiente en que existe. Un sistema abierto intercambia energía y materia con el ambiente, la familia sería por tanto un sistema abierto viviente.

Según la Teoría de la Organización Sistémica, y de acuerdo con una visión holística, el ambiente, las personas y las familias son macrosistemas abiertos, que dirigen sus esfuerzos hacia la congruencia y la reducción de la ansiedad. Para su autora, “la salud familiar es la experiencia de congruencia en la familia” (Friedemann, 1995). Esta congruencia se define como un estado dinámico en el que el sistema y los subsistemas, como la familia y sus miembros, tienen sintonía entre sí y en están en armonía. No

existe una estructura ideal de familia en este sentido, sino más bien es la situación del estado de una familia en el momento en el que se valora. Entra en juego por tanto el concepto de dinamismo, tanto para la familia como para la salud de la misma. Y dentro de este dinamismo, plantea cuatro dimensiones que explican todas las conductas que realizan las familias para conseguir otros cuatro propósitos o metas como familia. Las cuatro dimensiones son: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, coherencia e individuación.

El mantenimiento del sistema tiene por objetivo abordar las necesidades de los integrantes de la familia, tanto físicas como emocionales y sociales, para conseguir la estabilidad del sistema. Comprende las acciones que mantienen la estructura familiar y la protegen de las amenazas o crisis. El cambio del sistema se origina por una presión del mismo sistema familiar de evolucionar. Orienta hacia las metas de control y crecimiento de la familia. La dimensión de coherencia se refiere a la unión entre los miembros o subsistemas de la familia y cómo estos luchan por mantenerla, reconociendo además la solidaridad y el propósito humano que fundamenta la vida de los integrantes de la familia. Se dirige hacia el cumplimiento de las metas espiritualidad y estabilidad familiar. Finalmente, la individuación favorece el alcance de las metas crecimiento y espiritualidad, mediante actividades tanto físicas como intelectuales que ayudan a que la persona y la familia crezcan y generen nuevas perspectivas o propósitos en sus vidas.

Por otro lado, las cuatro metas familiares propuestas por la Teoría de Organización Sistémica son la estabilidad, el control, el crecimiento y la espiritualidad.

La *estabilidad* es la tendencia del grupo familiar por mantener sus rasgos básicos, como tradiciones y conductas fundamentados en valores y creencias culturales y asegura la transmisión de los mismos a las nuevas generaciones. El *control* permite a la familia ser menos vulnerable y la protege de agentes estresantes y amenazas externas o internas. El *crecimiento* permite reorganizar los valores primarios y las prioridades familiares con el

objetivo de suplir esas necesidades de los miembros familiares y del entorno social. La *espiritualidad* es la forma en que las familias encuentran sentido a sus vidas y logran la unificación para conectarse con un nivel más alto de voluntad que trasciende lo físico, también proporciona identidad y unidad familiar.

Para Friedemann, la familia tendrá buenos niveles de salud familiar con el balance de estas cuatro metas. Las metas se equilibran entre sí de forma que ningún miembro de la familia tiene que comprometer su crecimiento personal y sentido de bienestar al interactuar con otros miembros de la familia ni con otros sistemas de contacto del ambiente. La salud familiar se alcanza si se cumplen todos los siguientes criterios:

- Las estrategias pertenecientes a las cuatro dimensiones del proceso están presentes.
- El sistema familiar es congruente con sus sistemas de contacto ambiental.
- Hay congruencia dentro del sistema, es decir, todos los miembros de la familia están razonablemente satisfechos con su familia.

De este modo, como se ha ido señalando, es la Teoría de sistemas la más influyente a lo largo del tiempo de la investigación enfermera con familias (Kaakinen & Hanson, 2015). Los teóricos de enfermería que han expandido el concepto de teoría de sistemas incluyen a Hanson (2001), Johnson (1980), Neuman (1995), Neuman y Fawcett (2010), Parker y Smith (2010), Walker (2005) y Wilkerson y Loveland-Cherry (2005).

Finalmente, Isabel Louro Bernal (Louro, 2004, 2005) es autora de referencia en el abordaje teórico de la familia y la salud familiar. Argumenta que, como campo de conocimiento, en la salud de la familia distintas disciplinas sociales y psicológicas convergen para fundamentar la esencia, funcionamiento y desarrollo de este grupo social, de su influencia en la formación de nuevas generaciones y en su repercusión sobre el estado de salud y enfermedad de sus integrantes. Para esta autora es irrelevante la delimitación conceptual entre la salud familiar y salud de la familia, pues se está

calificando a la salud del conjunto y no de sus integrantes en ambos casos; se utilizaría una u otra forma indistintamente dependiendo de las conveniencias gramaticales.

“La salud del grupo familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales, que se definen a escala microsocia en el contexto del hogar. Se define como la capacidad de la familia de cumplir con sus funciones, propiciar el desarrollo armónico de sus integrantes, afrontar constructivamente las crisis en determinado contexto social, cultural y económico de su existencia. Como resultado de esa capacidad, en un momento determinado de su desarrollo, puede verse como producto de la multicausalidad recíproca entre las condiciones materiales de existencia, los procesos evolutivos, funcionales y estructurales de vida familiar, dentro de los cuales está inmersa la salud de los integrantes y del grupo. Se expresa en el modo particular en que la familia provee experiencias potenciadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa de desarrollo biopsicosocial de sus integrantes y de la vida social.” (Louro, 2004)

Según Louro, el trabajo con la familia abarca desde el punto de hacerla sana y que se mantenga saludable hasta abordar los problemas de salud del grupo y de sus miembros individuales. La atención a los problemas de la familia en su micro-espacio social contribuye a mejorar la situación de salud familiar y comunitaria, por tanto, la identificación de sus características y necesidades es fundamental. Para las familias es importante construir un entorno o ambiente congruente al desarrollo humano individual, que les permita crecer y desarrollarse respetando su dignidad y de acuerdo con sus expectativas y necesidades, buscando mantener su equilibrio conforme evoluciona. Su condición de salud depende de una adaptación exitosa a los distintos desafíos de la vida familiar y al desarrollo de sus miembros, propios del ciclo vital familiar (Sinche & Suárez, 2006).

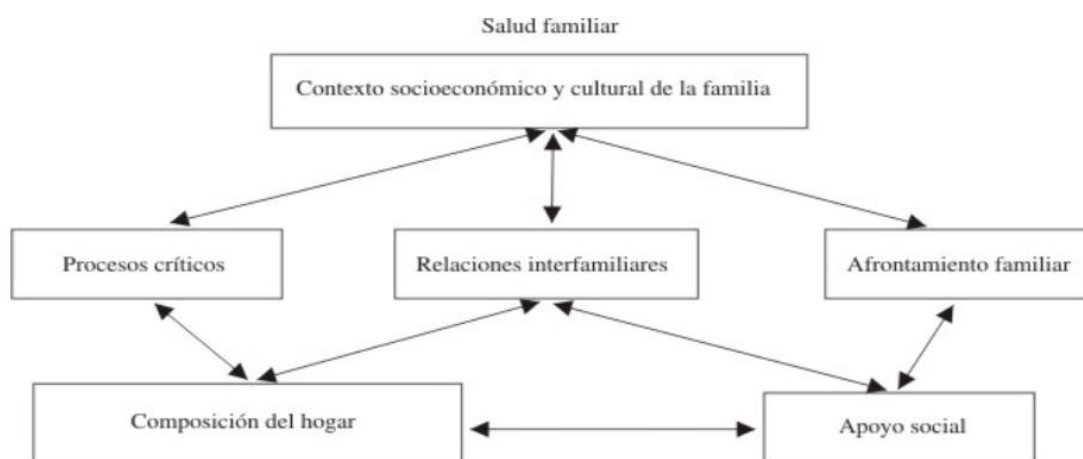
Louro considera que la familia potenciadora del desarrollo tiene la fuerza necesaria para satisfacer las necesidades de sus miembros a nivel biopsicosociales, es capaz de enfrentar las experiencias durante el tránsito por el ciclo vital, así como de fomentar motivaciones y comportamientos favorecedores de la salud. La familia potenciadora del desarrollo crea un clima de armonía en el hogar, comunicación, afectos, unión, respeto y solidaridad, todo lo cual la lleva al bienestar y satisfacción de sus integrantes. Este tipo de familia enfrenta problemas y toma decisiones sin adoptar mecanismos destructivos, asumiendo una postura flexible con cambios en las reglas, las jerarquías y roles para adaptarse de un modo transformador a las exigencias de los procesos críticos de vida, y es capaz de recurrir a recursos externos y asimilar nuevas experiencias cuando lo precisa.

En la salud de la familia se sintetiza el legado genético, psicológico, socio-histórico y cultural del ámbito de su tránsito vital, y la manera en la que se asume la situación de salud y enfermedad de los miembros que la integran. Como ya se ha citado a lo largo del texto y de acuerdo a otros autores, Louro también recalca que la salud familiar no se refiere a la salud de cada uno de los integrantes de la familia, por tanto, no es una condición que se alcanza por adición de condiciones individuales, y no equivale a la ausencia de enfermedad ni de problemas de salud en sus miembros (Louro, 2004, 2005).

Desde el modelo de Louro, los factores condicionantes de la salud familiar se conforman en 6 dimensiones: contexto socio-económico y cultural, composición del hogar, procesos críticos de vida familiar, relaciones intrafamiliares, afrontamiento familiar y apoyo social (Figura 1). Se distinguen 2 niveles en la naturaleza de estos aspectos. El contexto socio-económico y cultural, el apoyo social, y la composición del hogar constituyen el nivel estructural que representa el sustrato primario en el cual se produce y desarrolla la salud del grupo familiar. Sobre estos niveles se produce el conjunto de procesos críticos inherentes a la vida de la unidad familiar, el afrontamiento que la familia realiza familiar como respuesta a tales procesos, y el conjunto de las

relaciones intrafamiliares que producen el funcionamiento familiar, estos procesos modulan las influencias de los cambios de la vida familiar.

Figura 1. Esquema de salud familiar según Louro



Fuente: (Louro, 2004)

Teniendo en cuenta la importancia del contexto socio - económico y cultural de vida familiar contexto social, como sustrato esencial de la salud, Louro propone incluir los aspectos relacionadas con la inserción socio-laboral de la familia y sus miembros, la situación económica y las condiciones materiales de vida del hogar, junto a las expresiones del entorno cultural que vive la unidad familiar como son la religiosidad o los valores ético morales.

En la dimensión de *composición del hogar*, se hace referencia a las características de la estructura visible de la unidad familiar, como son el número de convivientes, la edad o el sexo, las relaciones de parentesco entre ellos y en referencia a un jefe de familia. El hogar es la unidad donde reside y se reúne el grupo familiar de convivencia habitual, aunque no compartan vínculos de sangre ni de parentesco, y a la vez excluye aquellos familiares que no participan de las relaciones cotidianas y la convivencia. Significa para

cada persona el lugar donde satisface necesidades espirituales y materiales, constituye el espacio vital del núcleo familiar, donde se desarrollan los procesos vitales del individuo y la familia.

Respecto a los *procesos críticos*, se entienden como aquellos acontecimientos, de diferente naturaleza, que potencialmente afectarían a la salud en un período determinado. Promueven valoraciones y repercusiones en las relaciones familiares, en los sentimientos, requieren cambios a nivel interno en su funcionamiento.

Habitualmente las familias suelen enfrentar a la vez procesos críticos relacionados con el tránsito por las etapas del ciclo vital familiar, aquellos relacionados con la vida social, las etapas de crecimiento y desarrollo de sus miembros, los procesos de salud, y también aquellos que tienen que ver con la disponibilidad y acceso a distintos recursos sociales o sanitarios. Estos procesos suponen retos y situaciones de crisis en la familia, teniendo en cuenta su variabilidad en cuanto a naturaleza y magnitud, de manera que cada familia le atribuirá un significado y la repercusión será diferente.

En cuanto a las *relaciones intrafamiliares*, son la forma o las pautas de relación entre los miembros que la conforman. También considerado según la autora el funcionamiento intrafamiliar, representan la base del desarrollo de sus miembros, a nivel físico, intelectual, psicológico y espiritual. Siendo adecuadas, constituyen el clima adecuado para el equilibrio psíquico, la expresión amorosa, la confianza y la estabilidad, constituyendo así el marco de referencia de conductas morales y relaciones que son transmitidas a los hijos, quienes las van asumiendo con el tiempo como principios relacionales para su vida adulta.

Los *recursos de afrontamiento familiar* se refieren a la capacidad de la unidad familiar para movilizarse, actuar sobre los problemas, y a la forma de responder y comportarse ante los procesos críticos. El afrontamiento familiar se configura como un estilo relativamente estable de responder, como grupo, a los procesos críticos del ciclo vital familiar. En cada familia se da un estilo de afrontamiento familiar predominante, ya sea

en un sentido destructivo o constructivo. Esto es importante ya que, siendo destructivo, las familias muestran comportamientos de negación y rechazo, rehúsan orientaciones profesionales, pueden llegar a descuidar el hogar o su entorno cercano respecto a las medidas higiénicas y sanitarias, desatender el cuidado de miembros enfermos o dependientes, no consiguen reestructurar la situación problemática y se evade la solución de problemas. En el caso contrario, cuando los estilos de afrontamiento son constructivos, las familias que promueven comportamientos y actitudes de cambio favorables a la salud, como reajuste de roles, flexibilización de las normas establecidas y si es necesario, búsqueda y solicitud de apoyo comunitario o profesional.

Finalmente, en este modelo, el *apoyo social* representa el conjunto de recursos con los que las familias pueden contar en su vida cotidiana, y especialmente ante situaciones determinadas que sobrepasan sus potencialidades y recursos y propios. Se puede distinguir entre el apoyo instrumental, material o tangible, y el psicológico, que se conformaría por las relaciones de comprensión, aceptación y confianza.

Tras el análisis de los modelos teóricos orientados al estudio de la familia desarrollaremos los principales conceptos incluidos en este trabajo como son los de: familia, salud familiar, desarrollo de escalas, y enfermería en salud familiar.

La familia

El desarrollo del concepto de familia guarda una relación estrecha con la organización de la sociedad a la que representa como unidad funcional básica. Esto hace que, en una misma sociedad sea diferente, para distintos momentos históricos. Fue Lewis Morgan, antropólogo norteamericano, quien subrayó primero la influencia que tiene la sociedad sobre las estructuras familiares (Morgan, 1971). La segunda mitad del siglo XX fue muy significativa en lo referente a transformaciones demográficas, económicas, políticas y socioculturales como: la independencia conseguida por la mujer, la llamada Revolución Sexual, el aumento de la migración, el descenso de la fecundidad y el

envejecimiento de la población, nuevas formas de entender y ejercer la maternidad/paternidad, el acelerado incremento de la cohabitación o uniones libres así como de las separaciones y divorcios, todo lo cual fue origen de nuevos modelos familiares (Benítez, 2017).

La familia se ha considerado no sólo como la unidad básica de la organización social, sino además como la más accesible para las intervenciones preventivas y terapéuticas, las primeras concepciones de unidad familiar básica fue la nuclear, comprendiendo “marido, esposa e hijos”, mientras que a otras conformaciones se las nombraba como “formas cuasi-familiares emergentes”, entre ellas (y citadas con paréntesis), las familias monoparentales, los “matrimonios” homosexuales o las uniones de consenso (WHO study group, 1976).

De este modo, el concepto de familia tiene múltiples definiciones, teniendo en cuenta su relatividad y temporalidad según la concurrencia de visiones sociológicas, teológicas y filosóficas conjuntamente con su necesaria apreciación histórica (Del Picó Rubio, 2011). Así, en sociología denota "grupos de personas que viven juntas"; en psicología significa "grupos con fuertes lazos emocionales".

Según la RAE, se entiende por familia: 1. f. Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas; 2. f. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje; 3. f. Hijos o descendencia. *Está casado, pero no tiene familia*; 4. f. Conjunto de personas que comparten alguna condición, opinión o tendencia. *Toda la familia universitaria está de enhorabuena*.

En enfermería, la Clasificación internacional para la práctica de enfermería (ICNP) se define como: Un conjunto de seres humanos que se considera una unidad social o un todo colectivo integrado por miembros que están unidos por relaciones de sangre, de parentesco, emocionales o jurídicas (Consejo Internacional de Enfermeras, 2015).

Es importante recordar que en la Europa de finales del siglo XX sucede una transición familiar, cuyo efecto en España es tardío y diferente. Históricamente, se hace visible el

cambio o la evolución de la familia española, destacando aún más estos cambios a partir de la Declaración de las Naciones Unidas del año 1994, como Año Internacional de la Familia. Surgieron entonces investigaciones motivadas por la pérdida del control social del régimen anterior, el nuevo rol de la mujer y el distinto papel de los niños y adolescentes, entre otros. Alberdi (1995) estudia de forma global estos cambios. La sociedad interioriza un nuevo concepto del espacio y el tiempo, se facilita un mayor margen de elección sobre las conductas y una libertad, la familia se crea desde una base más igualitaria y emocional. La familia nuclear progresa hacia un grupo nuclear más aislado empujados por el afán de independencia, tanto económica como relacional, residencial o afectiva. Se mantienen sin embargo los lazos afectivos con su familia extensa y otros parientes.

Todos estos cambios condicionarán la forma de vida y el modo en que las familias se organizan y distribuyen el trabajo o los roles. Podemos destacar entre otros, la disminución de las tasas de fecundidad, las alternativas a las uniones por matrimonio en las parejas como las uniones de hecho o la cohabitación, el retraso en la edad de emancipación de los hijos o la mayor longevidad de las generaciones más ancianas de la familia, que configuran una nueva relación intergeneracional (Alberdi, 1995, 1999).

El cambio en el sistema familiar español tiene características diferenciales con respecto al resto de Europa. En su proceso de reconstrucción, se modifica la estructura y concepto tradicional de hombre y mujer unidos en matrimonio con hijos, siendo el padre el provisor de bienes y la madre la provisor de cuidados. Esta realidad evoluciona, describiendo Rodrigo & Palacios, (2008) el cambio del sistema, donde los anteriores términos absolutos, pasan a ser relativos:

- El matrimonio ya no es requisito para que se pueda hablar de familia. Las uniones no matrimoniales, o consensuadas son el origen de la formación de nuevas familias.

- No es necesario que ambos progenitores estén presentes para el cuidado de los descendientes. Como por ejemplo el caso de las familias monoparentales de diferente origen, donde uno de los progenitores se hace cargo de los descendientes.
- En este sentido también, los hijos del matrimonio o del progenitor, frecuentemente son tenidos en común, pero no es un rasgo definitorio. La descendencia puede llegar mediante la adopción, por técnicas de reproducción asistida o provenientes también de otras parejas anteriores.
- La madre, o la mujer en el sistema parental, ya sea en el contexto de una familia biparental o monoparental, no tiene que dedicarse en exclusiva al cuidado de los hijos, puede además desarrollar actividades laborales o formativas fuera del hogar.
- En el mismo sentido, el padre o el hombre, no se limita a generar recursos para la subsistencia del sistema familiar. Ahora puede implicarse más activamente en el cuidado y la educación de los hijos, inclusive esta implicación se valora mucho más a nivel emocional y afectivo.
- El número de hijos que la familia puede llegar a tener, se ha reducido drásticamente, hasta el caso en que en muchas familias tienen solamente uno.
- La separación de la pareja se concibe como posible y se normaliza. Algunos núcleos familiares se disuelven por procesos de separación y divorcio, formando posteriormente núcleos familiares reconstituidos mediante la unión con nuevas parejas.

También son cada vez más opciones socialmente aceptadas y reconocidas las parejas del mismo sexo en España. Siguiendo a Cortina (2016), el perfil general de este tipo de este tipo de familias es heterógamo, fundamentalmente sin hijos dentro del hogar, con menor inclinación a formalizar la relación a través de enlace matrimonial, y predominando un modelo igualitario de pareja.

Teniendo en cuenta todos estos cambios a nivel histórico y de concepto, a la familia se le atribuyen características de sistema (conjunto, personas, estructura, interacción), de

sistema social (abierto, propositivo, complejo), y a nivel puramente familiar (intergeneracional, larga duración, facilitador del desarrollo personal y social de sus miembros) (Espinal et al., 2006). Por otro lado, en las últimas décadas, se la concibe como un sistema abierto, como una totalidad, donde cada uno de los miembros está íntimamente relacionado y, por lo tanto, la conducta de cada uno influirá en los demás (Minuchin & Fishman, 2004).

Características

De acuerdo con estas apreciaciones, a nivel general, podemos establecer ciertas características como ser un grupo de personas que tienen alguna condición en común, que comparten parentesco, descendencia o ascendencia, vivienda, o un recorrido histórico propio. La familia es el grupo natural de la sociedad con pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución de la unidad y sus miembros. No es una entidad estática, sino que está en un cambio continuo igual que sus contextos sociales. Siguiendo a Espinal et al. (2006):

Como *conjunto*, la familia es una totalidad, es una realidad más allá que la suma de sus partes o individuos que la conforman. La totalidad se construye a través de un sistema de valores y creencias compartido, de una serie de vivencias comunes experimentadas a lo largo de la vida, que construirán una serie de rituales y costumbres que se transmiten y comparten generación tras generación. Esta cultura familiar ofrece la identidad de grupo, crea el sentido de pertenencia, respondiendo a las necesidades de filiación y a la construcción de la propia identidad personal frente al medio.

Como *personas* en este conjunto, los sujetos son activos y tienen capacidad de modificar el sistema y los procesos internos. Los miembros del sistema familiar son procesadores activos de información, son estímulos con impacto en todo el sistema, y son sujetos con la capacidad de proyectar un diálogo interior.

Como *sistema estructurado*, la organización en la vida diaria conlleva una serie de reglas, roles y jerarquías que los componentes conocen y asumen en pro del buen funcionamiento del mismo. Es importante comprender que estas reglas pueden ser explícitas o implícitas, y son las bases del modo de actuar de cada miembro ante los problemas y de la familia como grupo. Suelen ser acordes con las creencias y valores del sistema familias, regulando la detección de las necesidades de sus miembros, la comunicación y las conductas de dar y recibir ayuda, siendo de vital importancia para analizar la funcionalidad del sistema. En toda estructura familiar se supone asume la existencia de figuras que asumen el liderazgo del grupo, denominadas comúnmente como “cabeza de familia”, siendo esta, según las Naciones Unidas (United Nations, 1973), la persona que la unidad familiar reconoce como tal por su situación de autoridad en el sistema de relaciones, para administrar el hogar y por ser principal sustentador. En una familia competente y funcional, la autoridad es asimétrica en orden vertical (por ejemplo, de padres a hijos), pero simétrica dentro de los distintos subsistemas (por ejemplo, entre hermanos). Del mismo modo, cuando esta autoridad posee cierta flexibilidad o el liderazgo es democrático, el sistema es más funcional (Minuchin, 1991), familias con funcionamientos más caóticos o con modelos de autoridad rígidos, presentan más carencias en el desarrollo de sus miembros y mayor insatisfacción.

Como *sistema en interacción*, se desarrollan entre sus integrantes continuos intercambios no sólo en sentido lineal, sino bidireccional o circular. Este significado es importante a la hora de intervenir sobre los posibles problemas que se pueden presentar a nivel familiar, pues el abordaje no sólo puede centrarse en un solo miembro, sino que ha de tener en cuenta las interacciones naturales que implican a todos ellos, pues todos configuran el sistema y las posibles soluciones a las situaciones a resolver.

Como *sistema abierto*, intercambia energía e información con el entorno y otros sistemas. Presentando unos límites permeables, las familias están condicionadas por los valores y normas de la sociedad a la cual la familia pertenece. Es importante que se

mantenga el equilibrio con el entorno, pues puede actuar como facilitador de los procesos familiares o por el contrario ser obstáculo en la consecución de sus objetivos y el desarrollo de sus miembros. Los valores, recursos, y resiliencia familiar, juegan un importante papel en esta búsqueda y consecución de este equilibrio.

Como *sistema propositivo* en un sentido más evolutivo, es decir, dirigido a la consecución de ciertas metas. Estas funciones, que detallaremos más adelante, en principio son asignadas socialmente interiorizadas por las familias como propias, y básicamente son la protección y la educación de los hijos, así como su integración dentro de la sociedad o de la comunidad como miembros activos con plenas capacidades. Ahora bien, la concreción de estas metas es diferente en cada cultura y etapa de desarrollo de la familia. Además, esta función protectora se extiende a todos los miembros y no sólo a los hijos, especialmente a aquellos más vulnerables como por ejemplo miembros enfermos o ancianos. Y llevando esta consideración a nivel social, es la base de aquellas leyes y sistemas de protección orientados a preservar los derechos básicos en estas situaciones especiales.

Como *sistema complejo*, la familia se autoorganiza y retroalimenta, siendo agente de su propio desarrollo a lo largo del tiempo para crear su historia familiar particular. Cada familia señala las metas a conseguir y valora los medios necesarios para lograrlas a través de sus recursos, normas o estrategias. Este sentido es importante dado que no siempre las competencias de autoorganización y retroalimentación son funcionales, encontrando en ocasiones resistencia al cambio que pueda ser propuesto desde el exterior, aunque su intención sea devolver la funcionalidad. En terapia familiar, esta resistencia dificulta la resolución de crisis recurrentes o estructuras disfuncionales que se mantienen a pesar de su ineficacia.

Como *sistema intergeneracional* y de larga duración, cada individuo reconoce en su historia a aquellas personas que conforman en presente y conformaron su familia en el pasado. Por tanto, toda persona reconoce ese sentimiento de pertenencia e identidad

anteriormente mencionados a lo largo de toda su vida, transmitiendo estos valores generación tras generación. La posibilidad de contar con individuos de diferentes generaciones en el grupo, dotará además a cada familia de recursos y vivencias históricas compartidas, que podrán facilitar el desempeño de las funciones de cada unidad familiar.

Tipos de familia

Se hace crucial de este modo tener en cuenta qué miembros conforman la familia y qué vínculos los unen, es decir, comprender su estructura. Este fenómeno es un proceso dinámico, que puede cambiar dependiendo del momento histórico en que se encuentre la unidad familiar, la etapa del ciclo vital por la que transite o variedad de acontecimientos vitales. Del mismo modo, la propia sociedad y los cambios sociales que rodeen a cada familia, la harán evolucionar y cambiar de diversas maneras. Entre los aspectos más influyentes a nivel social, aquellos socio-económicos, o los relacionados con los valores y normas sociales, son los que más llegan a influir sobre las estructuras familiares (Marcos, 2007).

El tipo de estructura familiar estará estrechamente relacionada con las funciones de la familia, teniendo en cuenta que los roles, las interacciones y las actividades dependen de la composición familiar y del espacio en donde habitan. Las tipologías se podrían determinar de acuerdo a criterios diversos. Por ejemplo, en base al número de miembros (familia nuclear o extensa), el tipo de matrimonio (monogámica o poligámica), la autoridad (patriarcal, matriarcal o igualitaria), la herencia, la descendencia, o el sistema de parentesco. Además, si se cruzaran todas estas variables, los tipos de familia serían aún más variados. Tradicionalmente las dos estructuras son la familia nuclear y la familia extensa, aunque, apoyándonos y aunando autores como (De la Revilla

Ahumada, 1994; Marcos, 2007; Martínez, 2015; Stivelberg, 2020), podemos tener en cuenta otras situaciones que detallaremos a continuación.

La *familia nuclear* se conforma por dos adultos que ejercen el papel de padres y un número variable de hijos; de este modo, sólo conviven dos generaciones. Los hijos pueden ser biológicos de la pareja o adoptados.

La *familia nuclear ampliada* parte del primer caso, al cual se añaden parientes o agregados como los abuelos en el caso de que haya que atenderlos, o algún otro miembro que conviva por diversos motivos como por ejemplo parejas de los hijos, primos o sobrinos.

La *familia monoparental* podría considerarse un subtipo de familia nuclear, en la que uno de los miembros del subsistema conyugal falta por diversos motivos, como por ejemplo el divorcio, el fallecimiento, o elecciones propias de la otra parte como en el caso de las madres solteras.

La *familia reestructurada o binuclear* surge a consecuencia de la unión de dos núcleos familiares, como por ejemplo en el caso de dos personas previamente separadas de sus parejas anteriores, que se unen para formar una nueva unidad familiar, llevando con ellos, los hijos que pudieran tener del núcleo previo.

La *familia extensa* se extiende más allá de dos generaciones y se constituye por una agrupación numerosa de miembros en la que conviven junto con los padres e hijos, otros miembros como los abuelos, los tíos, los sobrinos, etc.

Junto a estos tipos de familia podemos encontrar otra alternativa como son los *equivalentes familiares*. Esta opción la podrían conformar por ejemplo grupos de amigos, de estudiantes, o las comunidades religiosas que comparten residencia.

Generalmente no comparten vínculos consanguíneos y no tienen por objetivo conformar parejas ni descendencia.

Independientemente del tipo de familia del que se trate, es importante que sus miembros sean capaces de funcionar en armonía y que el grupo sea capaz de desarrollar las funciones familiares básicas en el día a día de su ciclo vital familiar (Martínez, 2015).

Funciones familiares

Como entidad universal y como el concepto más básico de la vida social, la familia se manifiesta de muy diversas maneras y con distintas funciones, que varían según las sociedades y las culturas (Piña & Salcido, 2008), entre ellas la crianza de los hijos, la supervivencia y la unión de sus miembros, como veremos posteriormente (Minuchin & Fishman, 2004). Finalmente, como facilitador del desarrollo personal y social de sus miembros, el sistema familiar tiene socialmente asignadas una serie de funciones, que son las tareas que a los diferentes integrantes de la familia les corresponde realizar como un todo. Estas funciones de la familia, según Minuchin (2009), cumple dos objetivos fundamentales:

- Uno interno, que implica la protección psicosocial de sus miembros.
- Uno externo, que se refiere a la interiorización de una cultura y la transmisión de ésta.

Según la Asociación latinoamericana de profesores de medicina familiar (2005), las funciones de las familias son:

- *Socialización*: en el sentido de promover las condiciones que favorecen el desarrollo biopsicosocial de los miembros de la familia, la interiorización y réplica de los valores individuales y patrones de conducta que son propios de cada unidad familiar.
- *Afecto*: el intercambio de afectos, la facilidad para expresar sentimientos y emociones facilita la cohesión del grupo, así como el desarrollo psicológico individual. La unidad familiar se conforma como la base afectiva de cada individuo, donde puede encontrar

refugio y apoyo en este sentido, y a partir del cual se conforma su modo de dar y recibir afectos con quienes le rodean.

- *Cuidado*: el grupo familiar brinda las condiciones de protección y asistencia necesaria para hacer frente a las diferentes necesidades de sus miembros ya sean materiales, sociales, económicas, de salud o emocionales, entre otras. No sólo se centra en los individuos más vulnerables, sino que, a lo largo de la vida de cada individuo, el sentido de cuidado es recíproco en diferentes esferas según su nivel evolutivo.

- *Estatus*: cada familia participa de determinadas características dentro de la sociedad donde se incluye, y las transmite generacionalmente, otorgándoles una determinada posición social.

- *Reproducción*; provisión de nuevos miembros a la sociedad. Como unidad social, la perpetuación de la misma depende de la incorporación de nuevos individuos a la sociedad, por lo que, independientemente del número de descendientes y su origen (natural, adopción o técnicas de reproducción), tienen un papel social relevante en este sentido.

- *Desarrollo y ejercicio de la sexualidad*. Muy relacionado con el punto anterior, la sexualidad adquiere diversos matices, significados e importancia según la sociedad donde se asiente la familia, así como el momento histórico en que se desarrolle. El desarrollo de una sexualidad sana y la transmisión de sus valores, cobra gran relevancia en el subsistema conyugal raíz de cada núcleo familiar.

Para otros autores como Rodrigo & Palacios (2008), desde un enfoque ecológico, la dinámica familiar se constituye dentro de la interdependencia de cuidados, en base al compromiso a largo plazo entre los distintos niveles. Así, las funciones para ellos también serían:

- Constituir un escenario adecuado para el desarrollo personal a través del apego, la seguridad y la confianza.
- Configurar un entorno donde se aprenda a asumir retos, responsabilidades y compromisos, para conformar individuos con plenas capacidades.
- Ser un lugar de encuentro entre generaciones. Favoreciendo el intercambio de vivencias, recursos, historias familiares propias y el sentimiento de pertenencia.
- Representar una red de apoyo social ante las adversidades y transiciones a lo largo del ciclo vital familiar.

Y dentro de la familia, para estos autores destacan específicamente las funciones de los padres en el subsistema conyugal:

- Proyectar y desarrollar un proyecto educativo vital con la descendencia.
- Implicarse emocional y personalmente en el correcto funcionamiento de la unidad y sus subsistemas.
- Cumplir el proyecto vital de crianza y llenarlo de contenido.

Podríamos agrupar estas funciones en dos grupos de tareas específicas y constantes según (Minuchin & Fishman, 2004): las tareas de desarrollo, relacionadas con el ciclo vital familiar; y tareas de enfrentamiento, derivadas de las crisis familiares no transitorias o para normativas. Del mismo modo, para organizar todas estas funciones, cada miembro de la unidad familiar tiene asignado un rol. Minuchin (2009), define los roles como los papeles que juegan los miembros de la familia, estableciendo que es la única manera de organizar la estructura familiar. El rol demarca la posición o estatus a partir del cual cada persona puede comunicarse y enfrentarse al mundo cumpliendo las funciones, deberes y derechos que le han sido introyectados en el núcleo familiar durante su desarrollo. El rol equivale a las expectativas de conducta que son dirigidas hacia una persona en una situación o en un determinado contexto. Así, cada persona

contribuirá individualmente en el buen desarrollo de las funciones familiares dentro del ciclo vital familiar.

Ciclo vital familiar

El concepto ha estado presente durante varias décadas en la literatura psicológica y sociológica, sin embargo, fue a partir de las décadas de los 70 y 80 cuando pasó a tomar una gran relevancia en el ámbito de la terapia familiar. La propia configuración del ciclo vital familiar o la forma en que lo entendemos, ha ido cambiando a lo largo de la historia, teniendo en cuenta que muchos aspectos que entendemos como “naturales” en la historia de la familia son en realidad construcciones sociales y culturales de un momento histórico determinado, es decir “tradicionales” (Aries & Duby, 1987). Como ya hemos visto, al igual que las definiciones de familia, las definiciones de ciclo vital familiar han tenido siempre una naturaleza fluctuante, cambiante y dinámica.

Estos cambios se han acelerado en las últimas décadas. Así, por ejemplo, las dificultades socio-económicas y la mayor aceptación de nuevos modelos de familia retrasa en numerosas ocasiones la etapa de “matrimonio sin hijos” para el nuevo núcleo familiar en un hogar independiente, llegando a ser estable en el tiempo la opción de no tener hijos y permanecer en esta primera etapa durante todo el ciclo vital de la familia. En caso de tener descendencia, la edad en la que se tiene el primer hijo se ha ido retrasando, y con ello, la etapa de hijos lactantes; en determinadas ocasiones incluso es elección de la pareja el hecho de no tener descendencia, quedándose en la primera etapa del ciclo hasta la etapa de jubilación. Cuando llega el momento de la emancipación de los hijos, la edad a la que se produce también es mayor. Se puede dar incluso la situación contraria, ya que los hijos o alguno de ellos puede quedarse en el núcleo de origen para cuidar de los padres (cada vez más mayores) o por imposibilidad de

mantener un hogar independiente; por tanto, en estos casos no llegará la etapa de “nido vacío” (Beyebach & Rodríguez-Morejón, 1995).

En relación a la construcción del sentido “pareja” en la familia nuclear, inicio de cada nuevo ciclo vital familiar, no debe olvidarse que, como demostró Engels en su tesis sobre la evolución de la familia, la familia monogámica fue la primera forma de familia que tuvo por base condiciones económicas y no naturales (Engels, 1972). Por ello, su uso nombramiento como familia tradicional-nuclear-conyugal-básica, resulta más acertado que el de natural, ya que se refiere a un grupo socialmente reconocido, formado por una pareja con o sin hijos (Benítez, 2017).

Teniendo en cuenta todo esto, es importante tener en cuenta la evolución tanto histórica y social que empapa los ciclos vitales familiares actuales, como los propios cambios que se dan en el seno de la familia en respuesta a sus adaptaciones. Las enfermeras deben valorar la etapa del ciclo vital familiar a la hora de realizar un abordaje completo de las familias con las que trabaja. Para Escuredo & Limón (2018), las etapas del ciclo vital familiar estructurarían el marco de referencia a partir del cual comprender el desarrollo familiar a lo largo del tiempo, y la aparición de vivencias relacionadas con la salud y la enfermedad.

Partiendo de estas bases, el ciclo vital familiar es entendido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución. La idea básica que subyace a la comprensión del ciclo vital familiar es que todas las familias tienen un recorrido y un proceso de desarrollo a lo largo del cual experimentan cambios en el tiempo. Estos cambios además presentan ciertas regularidades o ciertos patrones previsibles, que se puede describir como etapas, fases o periodos, con las correspondientes “transiciones” a lo largo de ellos. Una de las premisas fundamentales, es que además, el ciclo vital familiar no representa la mera suma de las biografías de cada miembro, no es el individuo quien va superando estas etapas a lo largo del tiempo, sino que es la familia como grupo, como sistema, la que evoluciona, como un verdadero

organismo que nace, crece, se desarrolla y (eventualmente) muere (Beyebach & Rodríguez-Morejón, 1995).

Estas transiciones (Barnhill & Longo, 1978) también han sido entendidas como “ritos de paso” (Imber-Black, 1989) o “crisis de desarrollo” (Pittman, 1990), y no sólo constituyen un cambio cuantitativo, sino que implica un replanteamiento del funcionamiento familiar básico, que tendrá que afrontarse. El ciclo vital familiar está constituido entonces por etapas de complejidad creciente, variando las características sociales y económicas, así como sus funciones en el desarrollo de los individuos que la conforman. Estas etapas son por tanto cualitativamente diferentes, en las que se dan constelaciones relacionales y emocionales diferentes en cada una de ellas. Cada etapa plantea demandas específicas e implica tareas evolutivas determinadas. Se han propuesto diferentes modelos:

La OMS (1976) define un modelo dividido también en seis etapas, que se inicia también con la formación en el momento del matrimonio y caracteriza las sucesivas etapas en función de fenómenos de incremento (extensión por el nacimiento de los hijos) o disminución de los componentes de la familia (contracción por emancipación de los hijos o fallecimiento del conyugue).

Para Duval, consta de ocho etapas, la primera marca el comienzo de la familia con la formación de la pareja o subsistema conyugal base, le siguen la etapa de hijos lactantes, en edad preescolar, en edad escolar, hijos adolescentes, hijos emancipados, familia madura, y la última el de familias ancianas o “nido vacío”, con quienes conforman este subsistema ya fuera del mercado laboral y hasta el fallecimiento de ambos (Joronen & Rantanen, 2014).

Otros autores como Haley (2013) siguen una línea similar, describiéndola a través de seis etapas, e iniciando también con la formación de una nueva pareja, seguidas del nacimiento del primer hijo, hijos en edad escolar, hijos adolescentes, hijos adultos jóvenes, y finalmente el retiro de la vida activa o vejez.

En una revisión actualizada del concepto Vásquez et al., (2015), agrupan distintas clasificaciones de autores de referencia como como Jara (2011), Carter y McGoldrick (1980) o Vargas (2013), adaptándolas finalmente en cuatro etapas con una o varias fases dentro de ellas, y con sus características, descripción del proceso de desarrollo familiar, sus respectivas tareas y las tensiones que presentan: a) de formación, b) de expansión, c) de consolidación y apertura, y d) de disolución. Del mismo modo que anteriormente, la primera etapa o etapa de formación, inicia con la formación de la pareja, mientras que la última, es la etapa de disolución, cuyas fases son de familia anciana y viudez.

Si bien es cierto que los cambios sociales de las últimas décadas y la generación de nuevas formas familiares no permiten definir un ciclo vital familiar fijo o rígido, considerando las numerosas posibilidades de configuración de ciclos vitales para todos los agentes sociales. Pero, en términos generales, se puede llegar a cierto consenso. Como vemos, diferentes autores coinciden en marcar el inicio de un nuevo núcleo familiar con la formación del subsistema conyugal o de pareja, a partir del cual se creará la descendencia y se establecerán los diferentes procesos evolutivos a lo largo de los años en el ciclo vital familiar, que culminarán con la disolución del subsistema conyugal base tras el fallecimiento de sus miembros.

La familia como sistema

La utilidad de incorporar al estudio de la familia actual el concepto de sistema familiar es indiscutible. Esta apreciación permite vincular pasado y presente, haciendo posible, por ejemplo, explicar desde una perspectiva histórica y sociológica a la existencia de los hogares multigeneracionales, y entender sus implicaciones para la organización social del cuidado familiar. Tradicionalmente han existido en España dos modelos de familia, el troncal y el nuclear. En el primero, la familia troncal se caracteriza por la elección, por parte de los padres, de uno de los hijos o hijas como heredero universal. Éste, junto

a su cónyuge y su descendencia, permanece en la casa familiar debiendo hacerse cargo del cuidado de sus padres, y también de la atención a sus parientes solteros, que igualmente pueden convivir en la casa familiar. De este modo, en términos de estructuras de hogar, representa un alto porcentaje de hogares multigeneracionales en el que conviven los abuelos, los padres y los nietos. Por el contrario, en la familia nuclear, no existe la obligación de convivir con los padres, e implica la creación de un nuevo hogar y, por tanto, ambos contrayentes abandonan su casa familiar de origen al casarse (Elizalde, 2013).

Distintos autores centran su investigación en la relación entre la familia y los modelos de Estado de Bienestar, clasificando a España dentro del denominado “modelo familista” (Agrela et al., 2010; Martínez-López, 2020; Muñoz-González, 2015). Las carencias y limitaciones que históricamente ha tenido el Estado de Bienestar de España, han otorgado un importante protagonismo a los sistemas familiares, llevando a que los lazos de solidaridad familiar hayan tenido que hacer frente a importantes lagunas no cubiertas por las administraciones públicas. De acuerdo a Sánchez & Bote (2009):

“Durante generaciones, y aún hoy, es la familia la que ha venido actuando de verdadero Ministerio de Asuntos Sociales (la mujer más exactamente) y resolviendo problemas de todo orden, que van desde el cuidado a los enfermos, la atención a los adultos mayores, la solidaridad con los miembros que quedan en paro, con los drogodependientes, los discapacitados, y así, un largo etc., que afecta a las ayudas de todo orden y tipo a los hijos, y muy particularmente a las hijas y nueras, en sus procesos de incorporación -de la mujer en general- al mercado de trabajo y que ha permitido, modernizar la sociedad española.”

En España, sigue siendo alta la dependencia del individuo con respecto a su familia dado que no se ha completado la transferencia de responsabilidad sobre sus derechos al Estado, lo cual dificulta la conciliación de los ámbitos público y privado. Esto tiene las

principales consecuencias de que por un lado, las mujeres siguen desempeñando un papel fundamental como cuidadoras y perpetúa su situación de vulnerabilidad; y por otro lado, se alarga la dependencia de los hijos durante más años y de los ancianos respecto de la generación intermedia, siendo por tanto frecuentes los hogares multigeneracionales (Elizalde, 2013).

Por tanto, la reciente transformación familiar, se caracteriza por la convergencia de formas de convivencia y estilos de cuidado heredados del pasado, con nuevas formas de comprender los sistemas familiares. De este modo, por ejemplo, la democratización de las formas de entender la vida en pareja ha ocurrido al mismo tiempo que se mantienen sistemas de convivencia y cuidado que replican las tradiciones del pasado. Así, cambio y permanencia caracterizan las familias de hoy, por lo que relacionar los sistemas familiares tradicionales con las formas familiares actualmente existentes necesariamente pasa por cuestionar las técnicas de investigación habitualmente utilizadas para la investigación de los sistemas familiares (Elizalde, 2013).

Desde el enfoque sistémico, las investigaciones sobre familia se basan, no tanto en las características de personalidad de sus miembros, como en características estables en sentido temporal y situacional, sino más bien en el conocimiento de la unidad familiar, como un grupo con una identidad propia y como el escenario donde tienen lugar un rico marco de dinámicas y relaciones propias y únicas. Autores de referencia como Minuchin y Fishman definen a la familia como aquel grupo en el que el individuo se desarrolla y crea sus sentimientos de identidad, al identificarse y sentirse miembro de un grupo; e independencia, influido por el hecho de pertenecer a diferentes subsistemas familiares y por su participación con otros grupos sociales externos a la unidad familiar.

Sin embargo, coinciden en ser un grupo de individuos conectados que se relacionan como unidad social única, con características propias, historias, recursos, y creencias particulares que influyen, y les hacen influir en su entorno, representando más que la suma de sus miembros (De la Revilla, 2007). De esta manera, las familias mantienen un

orden, una estructura y una función para permitir el crecimiento de sus miembros, mientras afecta y son afectadas por su entorno, debiendo mantener el equilibrio (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2008). Cada individuo define su propia unidad familiar en términos propios, y según el contexto y la cultura en que se encuadre. A la vez estas familias, con sus interrelaciones y dinámicas, van modelando la personalidad de cada uno de sus miembros. Desde esta perspectiva, la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy ayuda a considerar a la familia como sistema abierto compuesto de elementos humanos, cuyos patrones de funcionamiento determinarán su estabilidad (Lindemann, 2014).

Esta teoría representa el modelo predominante de abordaje en los estudios sobre familia, ampliamente divulgada desde que se formuló en 1968. Su finalidad inicial fue de dar explicación a los principios sobre la organización de fenómenos naturales, y en la actualidad se aplica al conocimiento de muchas otras realidades, tanto naturales como ecológicas, medioambientales, sociales, pedagógicas, psicológicas o tecnológicas (Espinal et al., 2006). Además, la población de estudio en este modelo no se reduce a pacientes y familias que tienen problemas, sino que trata de explicar el comportamiento y evolución en familias funcionales, normativas.

Ampliando la idea, Musitu & Allat (1994) resaltan que el todo contiene a la parte y que en cada una de las partes se contiene el programa, el cual, a su vez, está determinado por el todo. Significa que existe una reciprocidad entre el sistema y sus componentes, una bidireccionalidad entre sistema y subsistemas. Los subsistemas poseen y funcionan con características propias, pero estando en continua comunicación con su entorno y con la totalidad. Así, los componentes de los subsistemas interaccionan mediante flujos estables de retroalimentación. La estructura familiar es compleja, su dinámica se regula por el funcionamiento particular de cada uno de sus subsistemas en las diferentes etapas del ciclo vital familiar, y en continua interacción con el entorno.

De esta manera, el sistema familiar, con sus relaciones, reglas y roles, están en continua evolución e interacción a lo largo del tiempo, resultando en una creación única de identidad y salud familiar (Fitzpatrick & Rischie citado por Meiers et al. (2006)).

Minuchin & Fishman (2004) apuntan que para describir a una familia como funcional, como un sistema viable, deben analizarse y tenerse en cuenta tres factores.

El primero es que el sistema familiar se divide en subsistemas que se ordenan a su vez por jerarquías, debiendo estar bien definidas en cada contexto familiar. Esta jerarquía debe ser clara, y compartida por los padres de forma flexible. También, en la familia se establecen líneas de autoridad que definen los roles de padres e hijos, así como fronteras entre generaciones. Para que se dé un funcionamiento eficaz de la unidad, la aceptación y uso diferenciado de autoridad es un componente necesario. Cada miembro puede pertenecer a distintos subsistemas, como, por ejemplo, los hijos a los subsistemas fraternal y filial.

En segundo lugar, entre los subsistemas deben establecerse fronteras o límites claros que permitan diferenciarlos y proteger esta diferenciación. De esta manera se determinan reglas que especifican qué miembros participan de cada subsistema y de qué manera lo hacen. Es importante que sean lo suficientemente precisos para que se desarrollen las funciones sin interferencias, y lo suficientemente flexibles para permitir la interacción entre los miembros de los distintos subsistemas. Así, en un sistema familiar funcional, los límites claros permiten el desarrollo personal y la autonomía de sus miembros.

Por último y, en tercer lugar, durante el desarrollo de la familia ocurren fluctuaciones y complejos períodos de crisis, que la familia enfrenta a través de las tareas de desarrollo y enfrentamiento anteriormente mencionadas.

De este modo, la funcionalidad familiar no se considera algo estable o fijo, ya que es un proceso que se reajusta continuamente. Así, el funcionamiento familiar consiste en la

capacidad del sistema familiar para cumplir sus funciones esenciales haciendo frente a las crisis que se presentan a lo largo de las etapas del ciclo vital familiar.

De acuerdo a la perspectiva sistémica, el desarrollo funcional familiar requiere de la alternancia entre períodos de homeostasis y períodos de crisis y fluctuación. Adecuados niveles de salud familiar permitirán a la familia enfrentar más adecuadamente estos cambios y abordar su resolución.

Acontecimientos vitales estresantes para la familia

Jara, citado por Vásquez et al., (2015) señala que existen permanentemente dos fuentes de tensiones familiares: verticales y horizontales. Las verticales hacen referencia a las que se pueden presentar por la diferencia entre patrones de comportamiento entre generaciones. Los patrones de relación y funcionamiento transmitidos de generación en generación, las actitudes, tabúes, mitos, expectativas y en general la historia familiar previa, pueden entrar en conflicto entre generaciones cuando se requiere un cambio en las reglas o normas familiares, surgiendo aquí las tensiones. Las horizontales surgen en el transcurso evolutivo propio de la familia, e incluyen las transiciones en el ciclo vital, así como los acontecimientos externos que la afectan. El proceso de transición evolutiva se dificulta cuando coinciden o interseccionan acontecimientos vitales estresantes de ambos ejes.

Del mismo modo, podemos diferenciar diferentes tipos de estresores. Los estresores normativos lo conforman aquellos procesos propios al ciclo vital familiar, como el nacimiento de los hijos, las diferentes crisis de la infancia y adolescencia de los mismos, los procesos de escolarización, la jubilación o la muerte del conyugue. Por su parte, los estresores no normativos, representan situaciones a las que la familia tendrá que hacer frente, pero que no responden necesariamente a situaciones propias de alguna etapa concreta del ciclo vital familiar, como, por ejemplo, cambios de domicilio, enfermedad

o discapacidad de algún miembro de la familia, problemas legales, celebraciones, o dificultades económicas. Dentro de estos últimos y a mayor nivel, podríamos nombrar situaciones más extremas como migraciones, conflictos bélicos o catástrofes naturales.

Pittman (1990), psiquiatra estadounidense especializado en terapia familiar, señala que es necesario que la familia modifique su estructura y pautas de funcionamiento, para adaptarse a las crisis que se plantean en relación a los acontecimientos vitales estresantes planteados. Según este autor, los problemas o disfuncionalidades surgen cuando la familia trata de evitar las crisis en lugar de buscar adaptarse a ellas y crecer, o también cuando se intenta “apresurar” su resolución, lo que se podría entender como tomar posicionamiento en estrategias de afrontamiento inefectivas de tipo evitativo o desadaptativo. Indica que “la regla cardinal de las crisis de desarrollo es que no se las puede detener ni producir prematuramente; sólo se las puede comprender y, así, apaciguar y coordinarlas con todas las otras fuerzas que operan en la familia”. Explica cuatro tipos de crisis que la familia como sistema puede experimentar, y que permiten a los profesionales entender mejor la dinámica familiar para planificar la intervención más adecuada:

1. *Crisis circunstanciales*: no están relacionadas con la etapa de desarrollo de ninguno de sus miembros. Representan situaciones de gran tensión producidas por circunstancias ajenas al sistema familiar, como por ejemplo la muerte de un ser querido, catástrofes que pueden afectar a la pérdida del hogar (un gran incendio, un desahucio, paro prolongado...), conflictos armados u otros ataques bélicos, etc.

2. *Crisis de desarrollo*: relacionadas con los cambios biológicos o sociales en el seno familiar, como, por ejemplo, el nacimiento de un hijo. Estas son las más universales y previsibles de las crisis familiares, pues cada etapa de desarrollo por la que pasa la familia a lo largo de su ciclo vital conlleva algún tipo de crisis. La familia tiene la obligación de buscar la adaptación a las nuevas capacidades funcionales o emocionales del miembro en la nueva etapa de desarrollo, a pesar de que en ocasiones la respuesta

inicial suele ser tratar de retrasar el cambio, o incluso evitarlo. Habitualmente los problemas surgen en esos momentos, cuando alguna parte de la familia trata de impedir la crisis en lugar de darle definición, adaptarse, agilizar e interiorizar los cambios. “La regla cardinal de las crisis de desarrollo es que no se las puede detener ni producir prematuramente; sólo se las puede comprender y, así, apaciguar y coordinarlas con todas las otras fuerzas que operan en la familia”.

3. *Crisis estructurales*: en este caso son las más complejas ya que afectan profundamente a la raíz estructural de la familia. Se generan por alguna situación disfuncional (situaciones de adicción, infidelidad, divorcio, violencia, etc.) en base a la cual se construyen las relaciones familiares, normalizando la situación, y exacerbándola periódicamente. La tensión familiar habitualmente oculta, pero permanente, produce el conflicto y las exacerbaciones recurrentes. Además, se suma la resistencia al cambio, ya que como se ha indicado, la situación disfuncional es el modelo de vida de la familia, existiendo una fuerte tendencia a mantener la situación, y resultando habitualmente más afectados los miembros más vulnerables como niños y miembros dependientes.

4. *Crisis de desvalimiento*: podrían indicarse como más específicas, ya que son generadas por situaciones donde la familia cuenta con un miembro dependiente que requiere un alto nivel de atención y cuidados. Ancianos, enfermos crónicos o discapacitados podrían representar estos miembros, cuyos cuidados precisan gran dedicación, pudiendo estar sometidos los cuidadores a vivencias de estrés, y sentimientos disfuncionales de culpabilidad, agotamiento o frustración.

Haley (2013) resume la postura clásica sobre la relación entre los problemas clínicos presentados por las familias y el ciclo vital familiar, pudiendo resumirse en su frase “el síntoma es una señal de que la familia tiene dificultades para superar una etapa del ciclo familiar”. Además, profundizando en el estudio de estas relaciones, otros autores han asociado los problemas clínicos no sólo a una detención en la evolución del ciclo vital

familiar, sino a una regresión a etapas anteriores, pues los conflictos no resueltos representan puntos de fijación a los cuales se tiende a volver. Igualmente, carecer de las habilidades necesarias para desarrollar transiciones sanas puede representar un problema, ya que los momentos de transición son eventos estresantes por naturaleza.

Sin embargo, no se debe caer en un análisis reduccionista, ya que los atascos evolutivos, deben contextualizarse, existiendo otros eventos estresantes que interactúan con ellos y se influyen mutuamente. Conocer la etapa de desarrollo que vive el sistema familiar permitirá construir la hipótesis de las posibles dificultades y entender las variables que están interviniendo en cada momento.

La salud familiar

La salud familiar ha constituido una preocupación para todos aquellos que trabajan con la familia buscando los determinantes sociales que la ocasionan. Cuando se ha intentado definir la salud familiar en ocasiones se ha tratado de reducir a la salud de sus miembros, y en otras, al funcionamiento familiar (Berenguer-Gouarnaluses, 2015).

Aunque ya en 1994 los investigadores cuestionaban si la suma de las enfermedades de cada miembro de la familia representaba a la salud de unidad. Además, se fueron identificando los acontecimientos vitales estresantes, las crisis familiares y los factores emocionales en las relaciones entre sus miembros como determinantes de la salud familiar del conjunto (Dressler, 1994).

La literatura en enfermería que estableció la salud familiar como la variable de resultado diana es limitada. Varios de los estudios, citados por Doornbos (2002), estudiaron otros constructos como el bienestar familiar (Fink; Van Riper, Ryff y Pridham), el funcionamiento familiar (Lewis, Hammond y Woods; Sawyer; Stuijbergen; Youngblut, Loveland-Cherry y Horan) o la satisfacción con el funcionamiento familiar (Snowdon,

Cameron y Dunham), que podría considerarse relacionados, como ya hemos visto, con la salud familiar.

Sin embargo, como ya se ha mencionado, ya en las primeras referencias de la OMS (WHO study group, 1976) sobre la salud familiar, se indicaban las dificultades contextuales para su comprensión (desde entonces a menudo reducida al efectivo funcionamiento del grupo), y en consecuencia, de su evaluación, dada la inexistencia de medidas adecuadas, tan sólo índices dependientes de indicadores proxy con poca o incluso ninguna validación externa de sus relaciones con la realidad. Pero ya se indicaba la necesidad de hacer esta evaluación de una forma más holística. Así pues, en los estudios que la abordan en este sentido, no sería del todo correcto hablar de familia saludable, sino familia funcional.

Un reciente estudio consigue hacer esta apreciación, indicando que la salud familiar “es la homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar, la cual resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia, se denomina familia normofuncional cuando es capaz de cumplir funciones que le han sido encomendados y familia disfuncional cuando es incapaz de realizar alguna función” (Malpartida, 2020). Así, abordándola desde el funcionamiento, sería adecuado diferenciar familia normo funcional o disfuncional. Una familia funcional es capaz de afrontar los cambios derivados del propio crecimiento y desarrollo, y las situaciones generadoras de estrés; más que un equilibrio constante, es una continua capacidad de adaptación lo que mejor caracteriza el correcto funcionamiento familiar.

En una revisión realizada en el marco de este trabajo por la doctoranda y sus directores de tesis, se identificó que inicialmente, como ya se ha indicado, el concepto de salud familiar solía asociarse al de funcionamiento adecuado de la unidad familiar, posteriormente, sin embargo, se valoraron otros factores. Concebirlo más holísticamente permitió contemplar aspectos como relaciones, comunicación, afectividad, rutinas, armonía y equilibrio en el grupo familiar, rituales, etc., y considerar su orientación a

promover la seguridad de sus miembros, permitir su crecimiento y bienestar, y facilitar la adaptación a los cambios durante el ciclo vital familiar.

Así, la comprensión del concepto de salud familiar, levanta aún cierto debate entre los investigadores que la estudian. Es interesante conocer y diferenciar el significado de los términos “salud de la familia” y “salud familiar”, ya que el primero hace referencia a a los procesos de salud-enfermedad de cada uno de sus miembros, mientras que el trata de abordar la situación de normofunción o de disfunción familiar (De la Revilla Ahumada, 2007). Sin embargo, aún se encuentran en la literatura científica estudios que abordan la salud familiar desde la visión del estado de salud-enfermedad de sus miembros, siendo sin embargo dos conceptos diferentes.

En este sentido, es necesario incluso en la literatura escrita en inglés, puntualizar ciertos términos que pueden confundirse. Así, la salud familiar o “family health”, es diferente a lo evaluado por los Family Health Survey, o encuestas desarrolladas a nivel nacional en base a indicadores más individuales y sociales de los miembros familiares (Valladares-Garrido et al., 2020); de los “family health history” (historias de salud familiar), como un screening en la identificación de riesgo individual a desarrollar enfermedades crónicas con aproximación genética (Lemke et al., 2020); o de la “family quality of life” o calidad de vida familiar, definido como "condiciones donde se satisfacen las necesidades de la familia, y los miembros de la familia disfrutan de su vida juntos como una familia y tienen la oportunidad de hacer cosas que son importantes para ellos" (Park et al., citados por Fong et al., (2021)).

La propia OMS (WHO study group, 1976), destacaba que el uso del término podía resultar ambiguo. Podría denotar la salud (en términos de presencia o ausencia de enfermedad) de los miembros de la familia, o podría denotar la condición de la familia misma. En cada caso el criterio para “salud” es diferente, ya sólo el individuo tiene enfermedades, mientras que en la noción de una “familia saludable”, la salud familiar significa un funcionamiento familiar efectivo como agente social primario en la

promoción de la salud y bienestar. Sin embargo, se añade aquí la dificultad conceptual, ya que, si una familia sana se refiere al funcionamiento efectivo del grupo, el uso de la palabra “saludable” es erróneo. Un grupo puede ser efectivo y funcional o inefectivo y disfuncional. Sus funciones pueden ser de muchos tipos y esta funcionalidad puede variar en relación a estas funciones. Por tanto, los criterios para evaluar la salud son muy diferentes para las distintas nociones de una familia saludable.

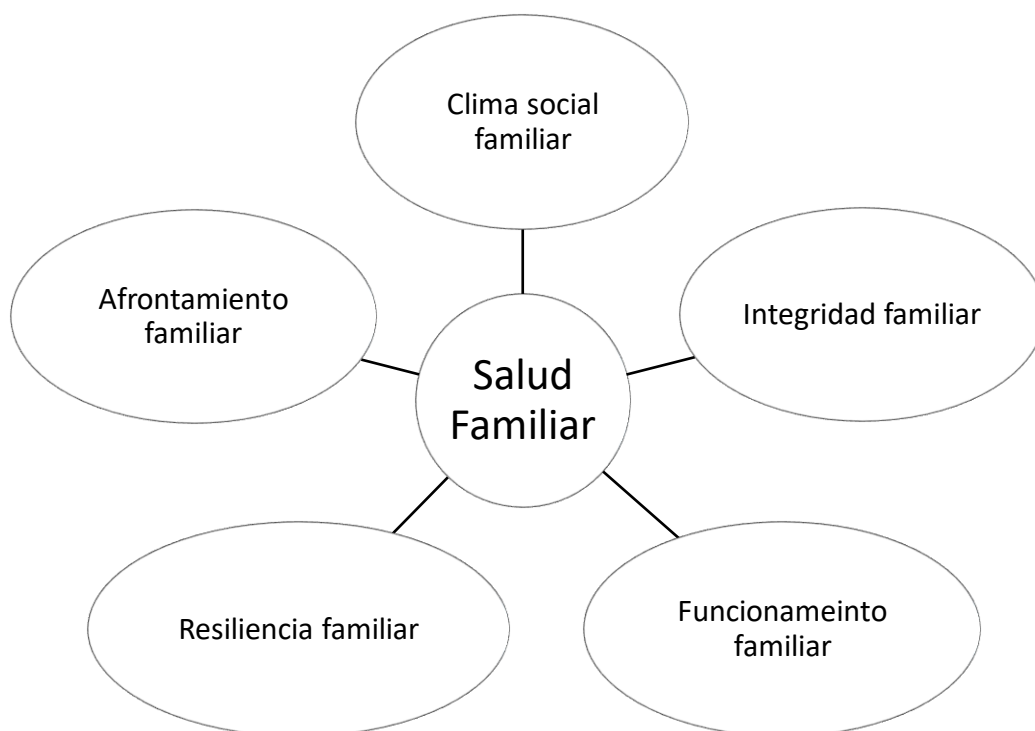
Para la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 1985) el enfoque del estudio de la familia reside más en las relaciones interpersonales que en los individuos aislados. Así, para esta organización, la salud familiar se define como “el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar”.

Según Friedemann, citado por Leyva-Morales & del Pilar Amaya-Rey (2013), la salud familiar se refiere también al funcionamiento de la familia y no a la ausencia de la enfermedad física o mental, y tampoco ofrece una sola forma estándar de funcionamiento familiar adecuado. Reconoce la validez de los diversos valores y creencias propios de cada cultura, por lo que ninguno puede juzgarse como apropiado o inapropiado sin considerar el contexto global.

El término "salud familiar" frecuentemente se equipara a "funcionamiento familiar" (Kaakinen, 2018), probablemente promovido por la definición ofrecida por la OMS como “un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de esta, como unidad en el contexto de una cultura y sociedad dada” (Organización Mundial de la Salud, 1976). La perspectiva familiar denota la visión colectiva de la situación de salud de la familia a lo largo del tiempo y teniendo en cuenta la interacción entre sus miembros. Según Demidenko et al. (2018), el término 'salud familiar' se refiere a cuestiones familiares ordinarias como valores, bienestar, conocimiento, malestar y actividades como principales componentes de la salud familiar.

Para el desarrollo de este trabajo, entendemos la salud familiar como un proceso dinámico, que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de la familia como unidad biopsicosocial, en su contexto cultural y social (Lima-Rodríguez et al., 2012). Se relaciona con elementos inherentes a la propia familia como son las dimensiones de clima social familiar, integridad familiar, funcionamiento familiar, resistencia/resiliencia familiar, y afrontamiento familiar (Figura 2).

Figura 2. Modelo de salud familiar propuesto



Fuente: elaboración propia

El *Clima Familiar* estaría relacionado con el ambiente interno que generan su miembros, influyendo en su crecimiento y desarrollo social, físico e intelectual, la adquisición de competencias y la promoción de valores adecuados (Lima-Rodríguez et al., 2012). Moos, Trickett y Moos (1995) definen el clima familiar como el conjunto de relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, la forma de interactuar,

compartir experiencias y ofrecer apoyo emocional, siendo fundamentales tres aspectos: relaciones, desarrollo y estabilidad en los miembros de la familia. Para Benites (1997) el adecuado clima social familiar es considerado primordial para un buen desarrollo del individuo en la sociedad.

La *Integridad Familiar* se refiere al grado de unión de sus miembros, reflejado en la implicación en la solución de problemas, los compromisos, la lealtad familiar o el grado en que comparten sentimientos. Niveles adecuados de satisfacción en las relaciones, comunicación y apoyo, favorece la expresividad emocional (Froyen et al., 2013; Lima-Rodríguez et al., 2012, 2013).

El *Funcionamiento Familiar*, orientado a satisfacer sus necesidades de la familia y mantener un entorno seguro, explica la dinámica relacional. Depende de la composición, estructura y organización familiar, el desempeño de roles, reglas y líneas de autoridad, el patrón de comunicación y relaciones, y la dinámica de adaptación a los cambios. En momentos de estrés y crisis se convierte en una fortaleza (Caicedo, 2014; Lima-Rodríguez et al., 2012). En este sentido, Benites (1997) resalta la importancia de establecer normas y criterios en el desarrollo de las actividades normativas que se presentan, dado que los roles desempeñados por los distintos miembros deben ser positivos a la hora de reestructurar situaciones, fijar límites, o establecer normas y reglas de conducta.

La *Resistencia/resiliencia Familiar* permite soportar el impacto de los agentes, defenderse de ellos y crecer. Representa un patrimonio humano, cultural y material, formado por recursos internos (sus miembros, competencias, y experiencias u otros de tipo material); y recursos externos, como la familia extensa y redes de apoyos, grupos de autoayuda, o servicios sociosanitarios (Lima-Rodríguez et al., 2012).

Finalmente, el Afrontamiento Familiar sería el modo de enfrentarse a los acontecimientos vitales estresantes. Depende de la capacidad familiar para percibirlos, elegir estrategias y utilizar los recursos. El adecuado desarrollo de este proceso evitaría

arriesgar la salud de sus miembros y unidad familiar (Lima-Rodríguez et al., 2012; Neufeld et al., 2013).

En el estudio de la salud familiar, Lavorgna et al. (2020), señalaron que tener en cuenta factores como las relaciones de pareja y entre los padres, la angustia psicológica o el apoyo social, puede ayudar a los clínicos e investigadores a comprender mejor el funcionamiento familiar. Sin embargo, habitualmente el estudio de los determinantes de la salud familiar se analiza principalmente en la literatura con un enfoque en factores individuales, y relacionados con situaciones de salud-enfermedad en lugar de factores familiares y sociales (Demidenko et al., 2018).

Durante el desarrollo de este trabajo de tesis, también se realizó y publicó un estudio sobre los factores familiares y sociales asociados a la salud familiar, evaluada mediante la Escala de Autopercepción del Estado de salud familiar (Lima-Rodríguez et al., 2021) que observó que ésta se vio influida de manera positiva por el apoyo social percibido y el número de amigos íntimos y familiares cercanos. El menor nivel educativo en la familia, determinadas etapas del ciclo de vida familiar y el impacto de acontecimientos vitales estresantes se asociaron negativamente con la salud familiar. Con este estudio se puso en valor la importancia de valorar la salud familiar y comprender los factores que pudieran influir en la misma, de cara a trabajar con las familias.

Validación de instrumentos de evaluación

Para acercarse al estudio de la familia existen diferentes instrumentos que facilitan la evaluación de la misma, entendida como “...la emisión de juicios de valor de algo específico” (Stufflebeam & Shinkfield, 1987), y remitiéndonos al concepto de medición como “...la representación que se hace al asignar números a las características que distinguen a los constructos en observación, de acuerdo con ciertas reglas” (Stevens & Orna, 2001).

La utilización de las escalas de evaluación se basa en la psicofísica, que nos aproxima al proceso de cuantificación de la percepción para trasladar a un sistema numérico fenómenos intangibles; y la psicometría, que nos permite estudiar la adecuación de la escala al fenómeno objeto de la medición y la calidad de la medida. Esta información en muchos casos, es difícil de contrastar y traducir a un sistema de medida, a una puntuación, característica que hace complejo establecer los criterios de calidad de estos instrumentos (Martín, 2004).

Para González & González (2008) las escalas tipo Likert serían las herramientas indicadas para el abordaje de conceptos altamente abstractos, ya que permiten expresar la idea que se tiene de forma consistente y conectar este nivel de abstracción con indicadores empíricos, representándolos en un continuo numérico o pictórico. Independientemente de la aproximación que se desarrolle, todo proceso de evaluación precisa de instrumentos adecuados, que cumplan los requisitos de confiabilidad y validez (Schwab et al., 1993).

De acuerdo a diversos autores de referencia citados por (González & González, 2008), recalcan que variables inherentes a los sistemas familiares como son el funcionamiento familiar, los problemas y crisis familiares, las percepciones de apoyo o de estigmatización, los estilos parentales o las expresiones de amor que se dan entre los miembros de la pareja, son conceptos muy abstractos que exigen su operacionalización para poder hacerlos tangibles, estudiables y controlables.

En este sentido, para poder valorar determinados constructos, variables o fenómenos, que no pueden medirse de forma directa, es necesario recurrir a instrumentos clinimétricos (escalas, test, cuestionarios, etc.), debidamente validados mediante un proceso metodológico riguroso que demuestre la idoneidad de estos. Sin embargo, en relación al estudio de la familia, en general se cuenta con escasos instrumentos que hayan sido adecuadamente validados, siendo también en ocasiones poco refinados y diseñados con fines de investigación (Green et al., 1991). Diferentes autores señalan la

conveniencia de diseñar y validar nuevos instrumentos de medida cuando no existan otros que midan lo que realmente pretendemos medir, o que no se adapten a los constructos teóricos de interés (García de Yébenes et al., 2009; Leite & Reichenheim, 2002).

El desarrollo de estos instrumentos requiere, en primer lugar, de una definición precisa del concepto, para posteriormente, poder hacerlo operativo identificando sus componentes o factores principales que también deben ser debidamente definidos. A continuación, es deben establecer los ítems que permitan transformarlo en conductas observables. Para este proceso es necesario seguir una metodología rigurosa que se conoce como validación de contenidos en la que deben participar personas expertas en la materia. Además, según Badía & Carné (1998) todo instrumento de medida debería reunir las siguientes características:

1. Ser teóricamente justificable (validez de contenido), adecuado para el problema que se pretende medir, e intuitivamente razonable.
2. Ser válido, midiendo aquellas características que pretenden medir y no otras.
3. Ser preciso y fiable, con un mínimo de error en la medida.
4. Ser sensible, tanto a cambios en los diferentes individuos, como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo.
5. Delimitar claramente sus componentes (dimensiones), contribuyendo éstos de forma independiente al total de la escala (validez de constructo).
6. Basarse en datos generados por los propios pacientes.
7. Ser aceptado por pacientes, usuarios, profesionales e investigadores.

Siguiendo a autores como Luján-Tangarife & Cardona-Arias (2015), Sánchez & Echeverry (2004), o Villavicencio-Caparó et al. (2016), en el proceso de validación de escalas, es necesario analizar tres aspectos básicos: validez, reproductibilidad y utilidad (Tabla 2). En la medida que un instrumento supere mejor estas evaluaciones, se podrá considerar que es más “robusto”.

Tabla 2. Aspectos a analizar en los procesos de validación de escalas

Criterio	Propiedad	Definición	Estadístico
Validez	De contenido	Los ítems representan adecuadamente el constructo	Análisis factorial exploratorio
	De constructo	El instrumento refleja adecuadamente el constructo o teoría subyacente	Análisis factorial confirmatorio, o pruebas de hipótesis para comparar grupos teóricamente diferentes
	De apariencia	Grado en que los ítems miden el constructo	Ninguno, aplicabilidad y aceptabilidad
	De criterio (concurrente / predictiva)	Similitud en las puntuaciones de la escala comparado con un estándar o patrón de referencia	Coeficiente de correlación de Pearson o Spearman
	Convergente / divergente	Correlaciona la puntuación con otras escalas	Correlación de Pearson o Spearman
Reproductibilidad / confiabilidad	Fiabilidad	Variación / homogeneidad en las mediciones	Alpha de Cronbach

	Consistencia interna	Correlación entre los ítems de cada dimensión	Correlación de Pearson, Spearman o Kuder-Richardson
	Poder discriminante	Correlación entre los ítems de una escala y las dimensiones a las que no pertenece	Correlación de Pearson o Spearman
	Fiabilidad intra-observador o test-retest	Repetibilidad del instrumento	Correlación de Pearson, Spearman o intraclase
	Fiabilidad inter-observador	Concordancia entre evaluadores con iguales sujetos, instrumento y momento	Correlación de Pearson, Spearman o intraclase
Sensibilidad	Capacidad del instrumento para detectar cambios a través del tiempo		Pruebas de hipótesis
Utilidad	Facilidad de aplicación y procesamiento		Ninguno

Fuente: elaboración propia en base a Luján-Tangarife & Cardona-Arias (2015), Sánchez & Echeverry (2004), y Villavicencio-Caparó et al. (2016).

De acuerdo a estos autores:

La *validez* se refiere al sentido en que el instrumento mide adecuadamente el constructo y los factores o dominios que lo conforman, y de cómo funciona respecto a otros instrumentos tanto similares como diferentes. Es decir, mide lo que debe medir y sus ítems son representativos. La validez tiene que ver con la calidad de un instrumento para ser útil en la medición de un atributo, y en ocasiones, puede confundirse con el término relacionado de fiabilidad (Sabariego, 2004). En cambio, la fiabilidad o confiabilidad, hace referencia a la precisión de la medida, a la estabilidad en el tiempo.

Dentro del análisis de validez, el *análisis factorial exploratorio* (AFE) evalúa la distribución de los ítems sin necesidad de un planteamiento determinado previamente,

mientras que el *análisis factorial confirmatorio* (AFC), representa un método estadístico apropiado para evaluar las escalas cuando hay una idea clara de su dimensionalidad, así como hipótesis específicas que relacionan indicadores y dimensiones latentes (Batista-Foguet et al., 2004; Lima-Rodríguez et al., 2015).

La *validez externa* de un instrumento consiste en la capacidad de obtener resultados similares en otros contextos y muestras, garantizando así la generalización del instrumento. Cuando no existen medidas previas que puedan considerarse como medida estándar, la validez de criterio se mide buscando otro instrumento que sirva de medida comparable, lo que se entendería como *validez convergente* (Polit & Hungler, 2000).

La *confiabilidad* hace referencia al similar funcionamiento de la escala bajo diferentes condiciones: dependientes del instrumento, del tiempo de aplicación y del investigador que hace la medición. Dicho de otro modo, la confiabilidad es una medición del error que podría producir un instrumento al aplicarse en diversas condiciones siendo inestable. Dentro de la confiabilidad, la valoración de la fiabilidad mediante alpha de Cronbach es uno de los indicadores más utilizados en la literatura, probablemente dada su “facilidad” por precisar una sola aplicación de la escala a evaluar, produciendo valores entre 0-1 con una interpretación también sencilla (Bojórquez-Molina et al., 2013).

Para el *análisis test-retest*, de acuerdo a Tercero et al. (2013), la confiabilidad se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos cuando son examinados con la misma prueba en diferentes ocasiones. Se determina por medio de un coeficiente de correlación cuyo valor va de 0 a 1. Cuanto más se acerque el coeficiente a 1, más confiable es la prueba. Los procedimientos para obtener la confiabilidad de un instrumento son el test-retest, formas paralelas, división por mitades, la consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach o el de Kuder-Richardson) y entre evaluadores. Se considera un caso específico de formas paralelas, dado que evidentemente un test es paralelo a sí mismo. Al resultado obtenido se le denomina coeficiente de estabilidad, al

servir de indicador de hasta qué punto son estables las mediciones realizadas durante la primera aplicación del test.

La re-aplicación de la prueba puede hacerse inmediatamente, o dejando un intervalo de tiempo entre el test y el retest. De acuerdo a Polit & Hungler (2000), la estimación de la estabilidad obtenida con la técnica del test-retest es un método sencillo, pero dejar transcurrir un espacio de tiempo excesivo entre ambas aplicaciones puede suponer una amenaza a la validez interna por las posibles influencias externas a la que pueden estar expuestos los sujetos durante el intervalo, y que pueden afectar a su desempeño en la segunda aplicación. En el extremo opuesto, una re-aplicación demasiado apresurada podría afectar igualmente a la validez interna, en este caso por los posibles efectos del recuerdo reciente de la primera aplicación. Otra dificultad en la segunda administración del cuestionario, puede ocurrir cuando los sujetos responden con menos atención que en la primera vez, o en ocasiones no aceptan que el cuestionario se les administre de nuevo. Se deben considerar estas limitaciones al utilizar la técnica de test-retest, sin embargo, no representan un impedimento para su aplicación en los procesos de validación de escalas (Polit & Hungler, 2000).

No existe un criterio unificado acerca del lapso de tiempo entre la primera y segunda aplicación del instrumento, la elección del intervalo de tiempo adecuado entre ambas aplicaciones dependerá en gran medida del tipo de test y el fin de la investigación (Muñiz, 1996), ya que en función de su formato puede ser más sensible al efecto de una u otra amenaza. La elección de los intervalos de tiempo entre las mediciones depende de las variables y algunos autores sugieren que sea de entre dos y cuatro semanas en herramientas que evalúan variables estables (Fortin & Nadeau, 1999).

Para valorar la estabilidad mediante test-retest se puede usar el coeficiente de correlación de Pearson, de Spearman o el coeficiente de correlación intraclase (CCI). El coeficiente de Pearson, se suelen utilizar para variables cuantitativas. Cuando las variables son ordinales o nominales está más indicada la correlación de Spearman-

Brown (Fortin & Nadeau, 1999). El coeficiente de correlación intraclase (CCI) utilizado en nuestro caso, además, detecta el cambio de las puntuaciones y permite determinar un solo coeficiente a pesar del número de aplicaciones del instrumento (McDowell & Newell, 1996).

Una limitación importante del CCI es que depende de la variabilidad de los valores observados. Si la muestra es homogénea y los sujetos estudiados varían poco en sus puntuaciones, el CCI tiende a ser bajo; por otro lado, tiende a ser más elevado en muestras heterogéneas. Por otra parte, de acuerdo a De Vet et al. (2011), las estimaciones del tamaño de la muestra para los análisis de confiabilidad no se consideran una cuestión de importancia estadística, el tema central de un análisis de prueba-reprueba es si el parámetro de confiabilidad (ICC) se acerca.

Finalmente, la *utilidad* indica qué grado de facilidad de aplicación y procesamiento tiene el instrumento. En este sentido, se valora positivamente menores tiempos de aplicación, menor necesidad de entrenamiento de los investigadores que la deben aplicar, menor longitud del instrumento, o algoritmos de ponderación y puntajes más sencillos.

Estas propiedades psicométricas no se aplican de igual forma para todos los instrumentos e investigadores, ya que variará según el tipo de escala que esté evaluando (unidimensional o multidimensional, con o sin variables latentes, adaptadas culturalmente o no, traducidas o no). Aunque existe interés por los procesos de validación de escalas, es notable la falta de consenso en aspectos fundamentales como la terminología, opciones estadísticas, criterios psicométricos mínimos a evaluar y en general, los procesos de construcción, adaptación y validación de los instrumentos (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015).

En el desarrollo y revisión de estudios instrumentales, Carretero-Dios & Pérez (2005) hacen una propuesta para presentar los resultados en el proceso de validación: verificar

la estructura factorial mediante un Análisis Factorial (exploratorio o confirmatorio), análisis de fiabilidad (análisis en base a correlaciones: entre ítems, instrumentos, y evaluadores; y alpha de Cronbach y), y confiabilidad test-retest.

Resulta importante señalar que “las inferencias que se extraigan de las puntuaciones de un instrumento de medida son siempre para un uso, contexto y población determinada”, debiendo por tanto examinar su adecuación en otros contextos. Por otro lado, se puede elaborar un manual de aplicación de cada instrumento que facilite su utilización. Si un instrumento es válido y tiene significancia social, asume una función tanto científica como política en la elaboración de estrategias (Villavicencio-Caparó et al., 2016).

En enfermería, los instrumentos de evaluación familiar, y específicamente de la salud familiar, son escasos, como veremos más adelante en el apartado de antecedentes considerando siempre que las escalas no hacen diagnósticos, pero guían la atención y los cuidados a las familias (Gómez-Bustamante et al., 2013). El trabajo de las enfermeras y profesionales afines, con la familia, exige mejorar cada vez más el cuerpo de conocimientos científico para permitir comprender el funcionamiento de los sistemas familiares, pues el desconocimiento de los elementos clave ante sus necesidades puede llevar a una intervención inefectiva e incluso inadecuada (Sinche & Suárez, 2006).

La enfermería familiar

Apoyándonos en la revisión de Pérez-Vico et al. (2018), podemos partir de la década de 1840 para establecer las primeras bases en la enfermería familiar y comunitaria, cuando posteriormente al “Informe sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña” de Edwin Chadwick (1842), surgió con el movimiento sanitario inglés un interés creciente por actuar en el ámbito de la comunidad por parte de muchos profesionales sanitarios. Posteriormente, en 1862, se funda la «Asociación de Enfermeras de Distrito», considerada la primera escuela de Enfermería de Salud Pública del mundo, cuyo objetivo era establecer un servicio permanente de enfermeras a

domicilio. Las funciones de las enfermeras de salud pública eran: visita domiciliaria a enfermos, educación y asistencia sanitaria.

Estas ideas anglosajonas no se expandieron por el territorio español, pero en nuestro país, se considera a Concepción Arenal (1820-1893) como la precursora de la visitadora sanitaria. En su trabajo “Manual del visitador del pobre” (1863), trata el tema de la visita domiciliaria, siendo ésta una de las actividades más características de las enfermeras visitadoras. En 1857 se regula la figura del Practicante y más adelante (1876) aparece la titulación de matrona, que se limita a la asistencia de partos normales. No será hasta 1896 cuando se abre la primera escuela en España llamada “Cuerpo de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría”. La legislación y planes de estudios avanzan muy lentamente, y es en 1915 cuando por primera vez en la historia se regula el título de enfermera bajo tres denominaciones: enfermeras, practicantes y matronas.

En las décadas de 1920-30, se crearon varias instituciones docentes: la Escuela Nacional de Puericultura, la Escuela Nacional de Salud y la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras. Sin embargo, aún existía desorganización y descoordinación en formación teórica y práctica de este cuerpo profesional. Tras la Guerra Civil española y la creación en 1942, del Seguro Obligatorio de Enfermedad, las Enfermeras Visitadoras Sociales que pasaban a denominarse entonces Enfermeras Visitadoras del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Pero es con la aparición del Real Decreto de 4 de diciembre de 1953, que unificaba en Ayudante Técnico Sanitario (ATS) todas las profesiones que existían hasta este momento (Practicantes, matronas y toda la gama de enfermeras), cuando la posibilidad de una Enfermería Comunitaria desaparece. Todos estos hechos que amenazaban la figura de la Enfermera de Salud Pública, desencadenaron una serie de protestas en 1959 dentro de la Asamblea Nacional de Enfermeras de la Sanidad en Madrid, planteando la necesidad de una especialidad oficial.

Será posterior a la aparición del diplomado universitario de enfermería (1977), a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (1978), y a la

constitución de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (1998), cuando en el año 2010 se publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, comenzando su aplicación al año siguiente.

Para Hanson (2005), la enfermería de salud familiar se entiende como el proceso de atender las necesidades de salud de las familias que se encuentran dentro del ámbito de la práctica de la enfermería. Este cuidado de enfermería puede orientarse hacia la familia como contexto, la familia en su conjunto, la familia como sistema o la familia como componente de la sociedad. Así, según este autor, las enfermeras pueden desarrollar diversos tipos de acercamiento a la familia. Wright & Leahey (2011) añaden que los enfoques varían según el nivel de experiencia de la enfermera. Las enfermeras generalistas conceptualizan a la familia como contexto o recurso, mientras que las enfermeras de familia deben concebir a la familia como el centro de atención.

También en este sentido, Escuredo & Limón (2018) señalan la necesidad de que la atención a la familia desarrolle un enfoque multidisciplinar que conjugue las visiones de cada disciplina y lleve a una visión integrada e integral de cada situación con el objetivo de lograr la promoción de la salud, la prevención de problemas y enfermedades, asistir cuando sea necesario y promover la rehabilitación.

El enfoque familiar es especialmente necesario en situaciones como (Asociación latinoamericana de profesores de medicina familiar, 2005; Escuredo & Limón, 2018):

- Disfuncionalidad familiar
- Crisis familiares
- Utilización excesiva de recursos y servicios sanitarios
- Incumplimiento de las prescripciones y recomendaciones de los profesionales
- Presencia de signos y síntomas mal definidos
- Niños con problemas: trastornos de alimentación, de la conducta y aprendizaje, enuresis y encopresis

- Enfermedades crónicas, enfermedades congénitas y hereditarias
- Problemas relacionados con la sexualidad
- Miembros familiares con elevados niveles de dependencia
- Problemas de salud mental: ansiedad y depresión, obsesiones y fobias, enfermedades psicosomáticas, duelo patológico
- Adicciones: drogas ilícitas, alcohol, tabaco, abuso de psicofármacos
- Violencia intrafamiliar
- Escasez o falta de redes de apoyo familiares y sociales

Según Pisano et al. (2019) la enfermera de familia y comunitaria es el profesional que, partiendo de una visión holística e integral, tiene por objetivo acompañar a las personas desde su nacimiento hasta la muerte buscando desarrollar su potencial de salud, promocionando los diferentes entornos familiares, sociales y laborales para facilitar su desarrollo. La atención a la familia y a la comunidad (Martín & Jodar, 2018) la prestan el equipo de profesionales que enfocan su trabajo desde una situación de proximidad con la población que atiende y desde una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva. Se orientan estratégicamente a la mejora en las condiciones de salud mediante el abordaje de los problemas y necesidades identificados. Esta atención familiar y comunitaria se da esencialmente en el marco de la atención primaria de salud, constituyendo de esta forma el elemento clave de intervención.

De esta manera, del mismo modo en que en atención primaria de salud no existen respuestas universalmente válidas, cuando hablamos de atención familiar y comunitaria también es esencial adaptarse estratégica y operativamente a la amplia diversidad de modelos y contextos familiares y culturales, con su complejidad y organización colectiva. La asistencia individual debe integrarse necesariamente con el enfoque familiar y comunitario, fundamentándose esta perspectiva en la corresponsabilización y participación de todos los implicados, para abordar los determinantes de salud mediante

los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, asistencia y cuidados de salud de la atención familiar y comunitaria (Martín & Jodar, 2018).

Para desarrollar una correcta atención familiar, se deben desarrollar actividades de promoción de la salud con el objetivo de conseguir un adecuado ambiente familiar y estilos de vida saludables; intervenciones preventivas dirigidas a los factores de riesgo para evitar la aparición de problemas; realizar cuando sea preciso las derivaciones hacia otros profesionales o servicios, o la coordinación con otros niveles más especializados de atención; y finalmente, acciones dirigidas a la rehabilitación de las personas dentro de su unidad familiar, promoviendo su reincorporación plena a la sociedad (Escuredo & Limón, 2018).

Los profesionales de atención familiar tienen el papel de ayudar a las familias a identificar los recursos disponibles, facilitar el acceso a ellos y asesorarlas y acompañarlas en todo el proceso para prevenir el posible desarrollo de crisis. Para ello deben establecer el plan de acción de manera conjunta con la familia, considerando sus habilidades, recursos, destrezas, capacidades, experiencias previas y motivación. Estos profesionales deben tener una base de conocimientos sólida referente al funcionamiento familiar, las dinámicas de grupos, un marco teórico que les aporte una visión integral para la promoción de la salud familiar, así como disponer de instrumentos que les permitan desarrollar una correcta valoración familiar (Escuredo & Limón, 2018).

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

En las últimas décadas se han desarrollado diferentes instrumentos clinimétricos destinados a evaluar diferentes variables del sistema familiar y de la propia salud familiar.

Instrumentos de evaluación familiar

Ya en 1996, Froyd et al., realizaron una de las primeras revisiones sobre evaluación familiar, abordando entonces los instrumentos de medición de los resultados de la terapia. Revisaron 1430 instrumentos a lo largo de 5 años, encontrando que, en la mayoría de los casos, estos se usaban una sola vez y, además, no se prestaba atención a sus propiedades psicométricas. Estos resultados motivaron a los investigadores para mejorar la medición de los resultados y desarrollar nuevos instrumentos de medida.

En el estudio de la familia, se vienen utilizando técnicas de recogida de información como pueden ser la entrevista y la observación, así como de herramientas como el genograma, o el ecomapa que facilitan el estudio de la familia como unidad (Hartman, 1978; McGoldrick & Gerson, 1987).

El genograma forma parte del proceso general de evaluación familiar, siendo importante que estén integrados en la evaluación global de la familia. Este instrumento registra mediante líneas y símbolos cronológicos, la estructura familiar, información básica de sus miembros (información demográfica: edades, fechas de nacimiento y muerte u ocupaciones; información funcional: signos objetivos individuales como enfermedades o patrones de interés destacable; sucesos familiares críticos o transiciones importantes, como migraciones o éxitos) y las relaciones familiares mediante líneas simbólicas (Hartman, 1978; McGoldrick & Gerson, 1987).

El ecomapa configura la familia espacialmente, en un punto particular en el tiempo en relación con otros que son significativos, y con las organizaciones comunitarias e

instituciones. Está basado en la teoría ecológica sobre el equilibrio entre los elementos en los sistemas humanos y sociales, y representa la constelación familiar y sus conexiones auxiliares en un espacio ambiental. De esta forma, ilustra si las conexiones son enriquecedoras, conflictivas, o ausentes. Como variante más específica, podemos contar con el culturograma, que grafica la historia cultural de familias inmigrantes, sus orígenes y las razones para emigrar. Ambos instrumentos permiten conocer datos de la familia y hacerlo de forma “visible”, recopilando información de sus miembros y sus relaciones a lo largo de varias generaciones, generalmente tres, para permitirnos un acercamiento a su funcionamiento y así dirigir adecuadamente los planes de cuidados (Hartman, 1978; McGoldrick & Gerson, 1987).

En relación a la valoración de la salud familiar, la disciplina enfermera es pionera en el desarrollo y actualización a lo largo del tiempo de un sistema de Clasificación de Resultados de Enfermería (Orozco, 2010), el cual cuenta en el dominio de Salud Familiar, clase de bienestar familiar, con indicadores como: el afrontamiento de los problemas de la familia, el apoyo familiar durante el tratamiento, el clima social de la familia, el funcionamiento de la familia, la integridad de la familia, la normalización de la familia, la participación de la familia en la asistencia profesional y la resistencia familiar, como resultados que deben alcanzar las familias para obtener el mejor estado posible de salud familiar (Moorhead et al., 2013).

La revisión realizada por Lima-Rodríguez et al. (2015) localizó diferentes instrumentos enfocados principalmente en el funcionamiento familiar, eventos vitales estresantes, o en las estrategias para enfrentarlos, como por ejemplo el Family Functioning, Health and Social Support (FAFHES), The family stress and support inventory (FSSI), o el Family APGAR (Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve). Además, localizaron la Escala de Autopercepción del Estado de salud familiar (AESFA) destinada a evaluar el estado de salud de las familias.

Una revisión sistemática publicada en 2016, Hamilton & Carr analizaron diferentes instrumentos de autoevaluación de la familia con referencia a sus propiedades psicométricas, utilidad clínica y fundamentos teóricos. Concluyeron que de los ocho localizados, cinco son adecuadas para su uso (The McMaster Family Assessment Device –FAD-, The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales –FACES IV-, The Beavers Systems Model Self-Report Family Inventory –SFI-, The Family Assessment Measure –FAM III-, The Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation –SCORE-) y dos no lo son (The Family Environment Scale –FES-, The Family Relations Scale –FRS-), además, otro de los localizados (The Systemic Therapy Inventory of Change –STIC-), aún se encuentra en proceso de validación

En el marco de este estudio hemos realizado en una revisión sistemática en las bases de datos electrónicas: PubMed, CINHALL y Psycinfo, que se complementó con una búsqueda cruzada de forma manual en base a los listados de referencias de los artículos seleccionados, así como en revistas especializadas como la Journal of Marriage and Family, Family Practice y la Journal of Child and Family Studies. Se propuso localizar los instrumentos que abordaban de manera específica la salud familiar (en la escala completa o alguna de sus partes).

Para asegurar la rigurosidad de este trabajo, se siguieron las recomendaciones y checklist del Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2020) para revisiones sistemáticas: identificando claramente la pregunta de investigación y los criterios de inclusión, estableciendo la estrategia de búsqueda más adecuada en cada base de datos y eligiendo aquellas específicas para la materia, desarrollando el proceso dos investigadores, estableciéndose criterios para minimizar sesgos y errores, y ofreciendo en base a los resultados recomendaciones y futuras líneas de investigación.

De este modo, la pregunta PICO que guio la revisión fue: ¿Qué instrumentos se han validado y utilizado para evaluar (Intervention) la salud familiar (Outcome) de las

familias (Population) en la literatura nacional e internacional por profesionales que trabajan con éstas (Context)?

La búsqueda se operativizó mediante la construcción de estrategias de búsqueda en base a los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH). Los descriptores “Weights and Measures” y “Surveys and Questionnaires” que harían referencia a las prácticas de medición, no ofrecieron un número satisfactorio de resultados al conjugarlos con el segundo término clave de este estudio, "Family health". Por tanto, para ampliar el número de investigaciones disponibles a analizar y minimizar sesgos, se tomaron los términos libres relacionados: “scale”, “questionnaire” “instrument” y “tool”, que se combinaron para alcanzar un número suficiente de posibles estudios. Se combinaron con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

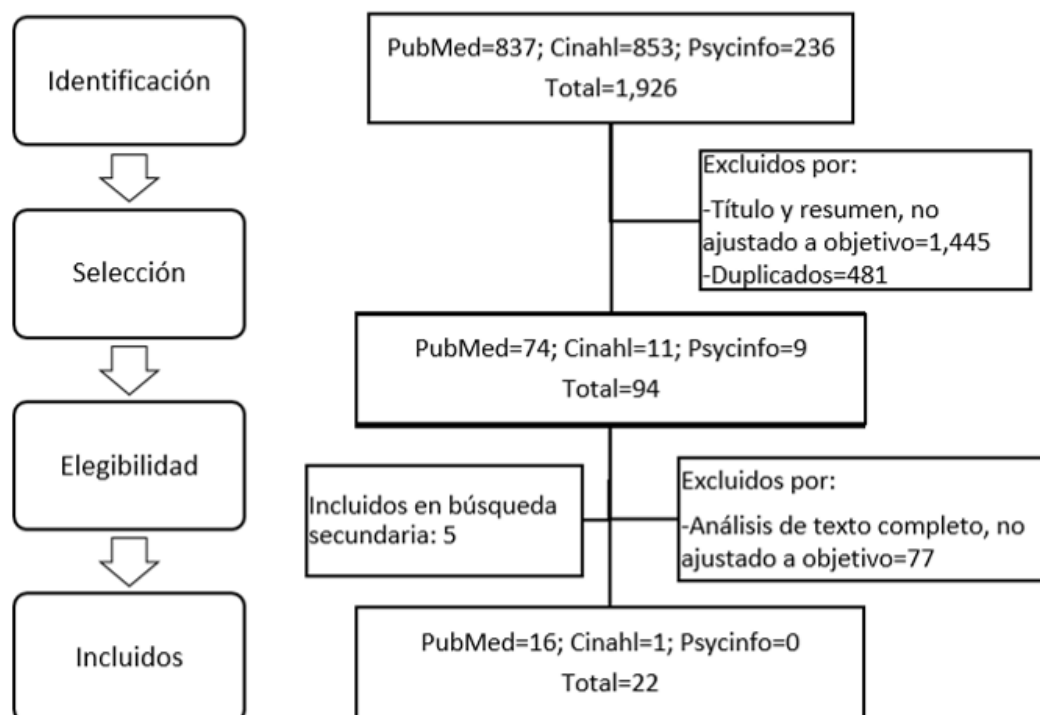
Se incluyeron artículos originales, que utilicen instrumentos que evalúen la salud familiar, publicados en los últimos 10 años, en español, inglés o portugués, con acceso a resumen y a texto completo. La última búsqueda se realizó en enero de 2021. El proceso de búsqueda, revisión y selección de los estudios se llevó a cabo por dos investigadores independientes que llegaron a acuerdo en caso de discrepancia, consiguiendo así mayor rigor metodológico. Se tuvieron en cuenta en primer lugar título y resumen de los estudios, descartando en un primer cribado aquellos que no cumplían los criterios de inclusión, y registros repetidos en las bases de datos; posteriormente, se analizó el texto completo de aquellos que pudieran resultar de interés según la información inicial.

Para el análisis descriptivo y síntesis de las principales características de los trabajos, se construyó una matriz que registra variables como nombre del instrumento, título, autores, revista, año de publicación, muestra, país en que se realiza el estudio, propiedades psicométricas evaluadas, y constructo de la salud familiar para los autores. Se evaluó la calidad de los análisis psicométricos aplicando el COnsensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments (COSMIN) checklist (Mokkink et al., 2010). Esta lista permite identificar qué instrumentos tienen

procesos de validación rigurosos, identificando así cuáles son objetivamente válidos y fiables, ayudando a determinar la relevancia de utilizar algunos instrumentos en lugar de otros en base de la calidad metodológica. Analiza tres propiedades de medición: confiabilidad (consistencia interna, confiabilidad, y error de medición), validez (de contenido, estructural, prueba de hipótesis, validez intercultural y de criterio) y capacidad de respuesta (capacidad de respuesta e interpretabilidad). La calidad metodológica se mide en una escala nominal con cuatro valores: excelente (+++), bueno (++) , regular (+) y malo (-). La puntuación general está determinada por la puntuación más baja (Santana-Berlanga et al., 2020).

De un total de 1.926 resultados entre todas las bases de datos, finalmente se seleccionaron 22 investigaciones. El proceso se muestra en la Figura 3.

Figura 3. Flujograma de la revisión



Fuente: elaboración propia

Finalmente, se rescataron 22 estudios dirigidos a la validación de la escala original, citados en los artículos que fueron seleccionados. Aunque la fecha de publicación superase los últimos 10 años, disponer de estos trabajos permitió un mejor análisis del instrumento y su proceso de validación a lo largo del tiempo.

La mayoría se publicaron entre 2015-2020 (n=12, 54.5%), en inglés (n=21, 95.5%), realizados en Finlandia (n=9, 40.9%). El tamaño muestral fue muy variado, dependiendo del tipo de estudio.

Se identificaron 5 escalas que evalúan la salud familiar, habitualmente junto a otras variables: Family Functioning, Health and Social Support, el CP QOL questionnaire, la Escala de Autopercepción del Estado de Salud familiar, el Family Health Climate Scale y la Family Health Scale. Se analizan las características de los instrumentos, el marco teórico del estudio, significado de la salud familiar y se aplica el COSMIN Checklist.

El Family Functioning, Health and Social Support (FAFHES) consta de tres subescalas, una mide el funcionamiento familiar, una salud familiar y por último otra el apoyo social brindado por enfermeras. El número de ítems por dimensión varía según la versión utilizada, y las adaptaciones realizadas por los autores de los trabajos. Ha sido utilizada en 11 de los estudios localizados, a veces con modificaciones. Generalmente presentó adecuados valores α de Cronbach para aquellos estudios que lo tuvieron en cuenta (0,71-0,98), sin embargo, a veces fueron bajos (0,12), y se apreciaron limitaciones respecto a índices de bondad de ajuste en análisis factoriales confirmatorios. Respecto a la subescala de salud familiar está integrada por los factores: valores, bienestar, conocimiento de salud, sentimientos de malestar, y actividades de promoción de la salud. Se ha validado y utilizado principalmente en familias con miembros con enfermedad cardíaca, pero también en casos de cáncer de próstata, diabetes, usuarios de servicios de urgencias o de servicios de atención domiciliaria, familias que esperan un bebé, con hijos en unidades de cuidados intensivos o con trastornos del neurodesarrollo.

El Cerebral Palsy Quality of Life Questionnaire (CP QOL) - Child y Adolescent questionnaire, aplicada a familias con hijos con parálisis cerebral. Contiene 66 ítems distribuidos en siete factores: bienestar social y aceptación; sentimientos sobre el funcionamiento; participación y salud física; bienestar emocional; acceso a los servicios; dolor e impacto de la discapacidad; salud familiar. En general presentó adecuados valores α de Cronbach para aquellos estudios que lo tuvieron en cuenta (0,71-0,96), pero en ocasiones también fueron bajos (0,46). Respecto al factor la evaluación de la salud familiar se orienta a padres y cuidadores en los que estudia: bienestar físico y emocional de los padres y cuidadores principales y también la felicidad de los padres.

Escala de Autopercepción de estado de Salud familiar, compuesta por 42 ítems con tres opciones de respuesta, distribuidos en cinco factores que evalúan la salud familiar a partir del clima social familiar, integridad familiar, funcionamiento familiar, resistencia/resiliencia familiar y afrontamiento familiar. Presentó adecuados valores α de Cronbach (0,73-0,89) para los distintos factores. Se orienta a la población general y está apoyada en la Teoría General de Sistemas y en los criterios específicos de salud familiar de la Nursing Outcomes Classification (NOC).

Family Health Climate Scale (FHC-Scale), evalúa el clima de salud familiar y está compuesta por dos subescalas: actividad física (FHC-PA) (14 ítems y 3 dimensiones: valor, cohesión e información) y nutrición (FHC-NU) (16 ítems y cuatro dimensiones: valor, cohesión, comunicación y consenso). Se utilizó en dos estudios para hacer un acercamiento más concreto a la asociación de actividad física y aspectos nutricionales y la salud familiar, entendiendo el clima de salud familiar como las percepciones compartidas sobre un estilo de vida saludable en la familia. Presentó adecuados valores α de Cronbach (0,82-0,85).

Family Health Scale, que identifica 4 dimensiones (Procesos familiares de salud social y emocional, estilo de vida familiar saludable, recursos de salud familiar, y apoyos

sociales externos familiares) en una versión larga de 32 ítems y una corta de 10.

Presentó buenos valores α de Cronbach (0,82-0,92) y puntos de corte preliminares. El único estudio localizado se realizó con una muestra diversa en Estados Unidos.

Los resultados de la aplicación del COSMIN Checklist, muestran veintiún estudios que evaluaron la consistencia interna de la escala, de los cuales solo uno obtuvo calidad metodológica excelente. Siete evaluaron la confiabilidad, uno obtuvo una calidad metodológica buena. Un estudio evaluó la validez de contenido con calidad excelente. Diez analizaron la validez estructural, obteniendo solo uno de ellos calidad excelente. Cinco realizaron prueba de hipótesis, uno de ellos con calidad buena. Tres desarrollaron validez cultural, uno de ellos con calidad regular. Y finalmente tres analizaron la validez de criterio, uno de ellos con calidad buena (Tabla 3).

Tabla 3. Características de los instrumentos identificados para valorar la salud familiar en la revisión sistemática

Referencia, marco conceptual, Valoración COSMIN	Escala, factores e ítems	Propiedades psicométricas
Åstedt-Kurki et al. (2002) No específica CI(-) VE(-)	Finnish FAFHES en 63 ítems, 21 por subescala 1) Funcionamiento familiar: estructura familiar, relaciones familiares, relaciones fuera de la familia, y recursos familiares 2) Salud familiar: valores, bienestar, malestar, conocimientos y actividades 3) Apoyo social: ayuda, afirmación y afecto.	Funcionamiento familiar: Cronbach's alpha = 0,77-0,88; 0,92 (total) Salud familiar: Cronbach's alpha = 0,73-0,86; 0,76 (total)

	Respuestas tipo Likert de seis puntos de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).	Apoyo social: Cronbach's alpha = 0,92-0,95; 0,97 (total)
Åstedt-Kurki et al. (2009)	Finnish FAFHES, 62 ítems 1) Funcionamiento familiar 19 ítems: estructura familiar, relaciones familiares, relaciones fuera de la familia, recursos familiares 2) Salud familiar 23 ítems: valores, bienestar, malestar, conocimiento y actividades 3) Apoyo social 20 ítems: ayuda, afirmación y afecto.	Funcionamiento familiar: Cronbach's alpha = 0,86-0,91; 0,92 (total) Salud familiar: Cronbach's alpha = 0,76-0,86; 0,80 (total)
Kahn's theory CI(-) VE(-)	Respuestas tipo Likert de seis puntos (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).	Apoyo social: Cronbach's alpha = 0,95-0,97; 0,98 (total)
Demidenko et al. (2018)	Finnish FAFHES (subescala de salud familiar) 63 ítems, 21 para cada subescala. Salud familiar: valores relacionados con la salud en la familia (5 ítems), sentimientos de bienestar (3 ítems) [un ítem fue eliminado por panel de expertos], sentimientos de malestar (5 ítems), conocimientos (5 ítems), actividades relacionadas con la salud (3 ítems).	Cronbach's α para miembros familiares = 0,12-0,73 Cronbach's α para enfermeras = 0,58-0,90
No especifica CI(-)	Respuestas tipo Likert de seis puntos (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).	
Hautsalo, Rantanen, Åstedt-Kurki (2013)	Finnish FAFHES (versión modificada específica) 62 ítems: Funcionamiento familiar (19), Salud familiar (23, modificados), Apoyo social (20, modificados).	Cronbach's α = 0,71-0,95
No especifica CI(+)	Respuestas tipo Likert de seis puntos (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).	

	Finnish FAFHES (versión modificada, subescala de salud familiar)	
Harju et al. (2012)	22 ítems: valores relacionados con la salud en la familia (6 ítems), sentimientos de bienestar (4 ítems), sentimientos de malestar (4 ítems), conocimientos (5 ítems), actividades relacionadas con la salud (3 ítems).	Cronbach`s α en pacientes = 0,78-0,86; en familiares = 0,77-0,87.
No especifica CI(-)		
	Respuestas tipo Likert de seis puntos (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).	
	Finnish FAFHES (versión modificada específica)	
Lepistö et al. (2017)	63 ítems, 21 para cada subescala. se agregaron preguntas particularmente sobre la vida familiar de las familias que esperan un bebé, y se modificó la parte de apoyo para obtener información sobre el apoyo que las familias reciben de la clínica de maternidad.	Cronbach`s α = 0,72-0,98
No especifica CI(-)		
	Respuestas tipo Likert de seis puntos (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).	
	Danish FAFHES	Cronbach`s α = 0,73-0,95
Østergaard et al. (2018)	62 ítems Funcionamiento familiar 19 ítems: estructura familiar (4 ítems), relaciones familiares (7 ítems), relaciones fuera de la familia (5 ítems), recursos familiares (3 ítems).	Factor score determinacy: family functioning = 0,85-0,93; family health = 0,75-0,90; social support = 0,89-0,96
No especifica CI(++)		
C(++)	Salud familiar 23 ítems: valores (6 ítems), bienestar (4 ítems), malestar (5 ítems), conocimiento (5 ítems), actividades (3 ítems).	ICC Test-retest = 0,69-0,86
VE(++)	Apoyo social 20 ítems: ayuda concreta (7 ítems), afirmación (7 ítems), afecto (6 ítems).	En el análisis factorial confirmatorio, ninguna de las escalas mostró un

	Respuestas tipo Likert de seis puntos de 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).	buen ajuste del modelo según los índices utilizados.
Kivelä et al. (2018)	Finnish FAFHES (versión modificada específica, artículo original en finlandés) Funcionamiento familiar 25 ítems: relaciones familiares, recursos familiares y factores de riesgo. Salud familiar 18 ítems: valores, conocimiento, malestar y bienestar. Apoyo social 18 ítems: valoración, respeto y sentimiento de seguridad, y retroalimentación y apoyo de los trabajadores de la salud. Se incluyen preguntas específicas sobre violencia	Cronbach`s α Funcionamiento familiar = 0,96 Salud familiar = 0,83 Apoyo social = 0,95
Hakio et al. (2015)	Finnish FAFHES (versión modificada específica) Funcionamiento familiar 19 ítems: factores estructurales, relaciones familiares, relaciones fuera de la familia, recursos de la familia. Salud familiar 23 ítems: valores, conocimiento, actividades, malestar y bienestar. Apoyo social 20 ítems: afirmación, ayuda concreta, afecto.	Cronbach`s α Funcionamiento familiar = 0,66 Salud familiar = 0,40 Apoyo social = 0,82
Cavonius-Rintahaka et al. (2019)	Finnish FAFHES (versión modificada específica) Funcionamiento familiar 19 ítems; Salud familiar 23 ítems; Apoyo social 21 ítems	Cronbach`s α = 0,78-0,98

Respuestas tipo Likert de seis puntos de 1
(totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de
acuerdo).

García- Solano et al. (2015) Family Health Model CI(-)	FAFHES, Subescalas de funcionamiento y salud familiar Los valores se modificaron de 1-100.	Cronbach's α : funcionamiento familiar = 0,88; salud familiar = 0,79
Davis et al. (2013) Grounded theory CI(+) C(-) VE(-) PH(+) VCr(++)	CP QOL-Teen questionnaire Dominios: Bienestar general y participación, Comunicación y salud física, Bienestar escolar, Bienestar social, Acceso a servicios, Salud familiar y Sentimientos sobre el funcionamiento. Los valores se modificaron de 1-100.	Adolescents version Cronbach's α = 0,78-0,96; test-retest ICC = 0,57-0,88 Primary caregiver version Cronbach's α = 0,81-0,96; test-retest ICC = 0,29-0,83
Das et al. (2017) No especifica CI(-)	Primary caregiver-proxy report of the CP QOL-Child questionnaire (66 ítems, traducidos para el estudio) Dominios: bienestar social y aceptación, funcionamiento, participación y salud física, bienestar emocional y autoestima, acceso a servicios, dolor e impacto de la discapacidad y salud familiar. Ítems con escala Likert de 9 puntos donde 1 = muy infeliz y 9 = muy feliz.	Cronbach's α : Bienestar social y aceptación = 0,72 Funcionamiento = 0,71 Participación y salud física = 0,77 Bienestar emocional y autoestima = 0,65 Acceso a servicios = 0,45 Dolor e impacto de la discapacidad = 0,59 Salud familiar = 0,45

	CP QOL-Child questionnaire (66 ítems versión de cuidadores; 52 ítems versión niños).	
Waters et al. (2007)	Dominios: bienestar social y aceptación (11 ítems); funcionamiento (12 ítems); participación y salud física (11 ítems); bienestar emocional (6 ítems); dolor e impacto de la discapacidad (8 ítems); acceso a los servicios (5 ítems); y salud familiar (4 ítems). Los dos últimos dominios no se incluyen en la versión para niños.	Child version Cronbach's α = 0,80-0,90
No especifica		
CI(-)		Primary caregiver version
C(++)		
PH(+)		Cronbach's α =
VCr(+)	Ítems con escala Likert de 9 puntos donde 1 = muy infeliz y 9 = muy feliz.	0,74-0,92; test-retest ICC = 0,76-0,89
<hr/>		
	Primary caregiver-proxy report del CP QOL-Child questionnaire (66 ítems)	
	Dominios: bienestar social y aceptación; funcionamiento; participación y salud física; bienestar emocional; dolor e impacto de la discapacidad; acceso a los servicios; y salud familiar.	
Nguyen et al. (2018)		Cronbach's α = 0,80
No especifica	Todos los dominios, excepto el dolor y el impacto de la discapacidad, se miden con escala Likert de 9 puntos de 1 (muy insatisfecho) a 9 (muy satisfecho). En el dominio del dolor y el impacto de la discapacidad se califican en una escala de 5 puntos, puntuaciones más altas indican una peor condición o bienestar.	(95% CI [0,7; 0,91])
CI(-)		
<hr/>		
Soleimani et al. (2015)	CP QOL-Child questionnaire (66 ítems versión de cuidadores; 52 ítems versión niños).	Cronbach's α =
No especifica	Dominios: bienestar social y aceptación; funcionamiento; participación y salud física; bienestar emocional; dolor e impacto de la discapacidad; acceso a los servicios; y salud familiar.	0,61-0,87; test-retest ICC = 0,47-0,84;
CI(-)		Standard Error of
C(-)		Measurement = 4,8–
EM(++)	Los dos últimos dominios no se incluyen en la versión para niños.	15,27
VE(-)		

PH(-)		
VT(-)	Ítems con escala Likert de 9 puntos. Un ítem del dominio dolor y el impacto de la discapacidad con escala de cinco puntos.	
Wang et al. (2010)	CP QOL-Child questionnaire (66 ítems versión de cuidadores; 52 ítems versión niños). Dominios: bienestar social y aceptación; funcionamiento; participación y salud física; bienestar emocional; dolor e impacto de la discapacidad; acceso a los servicios; y salud familiar.	Cronbach's alpha = 0,78 – 0,91
No especifica		
CI(-)		
C(+)	Los dos últimos dominios no se incluyen en la versión para niños.	ICC >0,7
VE(-)		
PH(+)		
VT(-)	Ítems con escala Likert de 9 puntos. Un ítem del dominio dolor y el impacto de la discapacidad con escala de cinco puntos.	
		Índice de validez de contenido: PA = 0,807; NU = 0,893
		Consistencia interna: PA = 0,82–0,85; NU 0,82–0,84
Kharazmi et al. (2020)	FHC Scale con dos subescalas: actividad física (FHC-PA) (14 ítems y 3 dimensiones: valor, cohesión e información) y nutrición (FHC-NU) (16 ítems y cuatro dimensiones: valor, cohesión, comunicación y consenso)	ICC test-retest PA = 0,89; NU = 0,94
No especifica		
CI(+)		EFA (PA: KMO = 0,853;
C(-)		Bartlett's test
VE(+)	Ítems con escala Likert de 4 puntos, totalmente falso	$X^2 = 1763,13$;
VT(+)	(0) a totalmente cierto (3)	$p < 0,001$; NU: KMO = 0,900, Bartlett's test $X^2 = 2235,75$; $p < 0,001$)
Niermann et al. (2014)	FHC Scale con dos subescalas: actividad física (FHC-PA) (14 ítems y 3 dimensiones: valor, cohesión	Acceptable fit [PA: $\chi^2 = 222,69$; df = 74,

Bandura's Social- Cognitive Theory CI(+++) VE(+++) PH(++) VCr(+)	e información) y nutrición (FHC-NU) (16 ítems y cuatro dimensiones: valor, cohesión, comunicación y consenso) Ítems con escala Likert de 4 puntos, totalmente falso (0) a totalmente cierto (3)	p < 0,01; $\chi^2/df = 3,01$; CFI = 0,96; SRMR = 0,04; RMSEA = 0,07; CI 0,06/0,08; NU: $\chi^2 = 278,30$; df = 113, p < 0,01, $\chi^2/df = 2,46$, CFI = 0,96; SRMR = 0,04; RMSEA = 0,06; CI 0,05/0,07]
Lima- Rodríguez et al. (2013) Teoría de sistemas, Clasificación de resultados enfermeros VCt(+++)	Escala de autopercepción del estado de salud familiar con 5 dimensiones (12 ítems cada una): clima familiar, integridad familiar, funcionamiento familiar, resistencia familiar, afrontamiento familiar. En familias con miembros enfermos, además 3 dimensiones con 12 ítems cada una: apoyo familiar, normalización familiar Ítems con escala Likert de 3 puntos casi nunca (0), a veces (1) y casi siempre (2)	Tasas de respuesta $\geq 80\%$
Lima- Rodríguez et al. (2012) Teoría de sistemas, Clasificación de resultados enfermeros CI(++) VE(++)	Escala de autopercepción del estado de salud familiar con 5 dimensiones (10 ítems cada una): clima familiar, integridad familiar, funcionamiento familiar, resistencia familiar, afrontamiento familiar. Ítems con escala Likert de 3 puntos: casi nunca (0), a veces (1) y casi siempre (2)	Cronbach's α Clima social familiar = 0,73 Integridad familiar = 0,89 Funcionamiento familiar = 0,79 Resistencia familiar = 0,78 Afrontamiento = 0,81 Varianza total explicada por los factores principales >50%

		Estudio 1:
		EFA: Cronbach`s α = 0,82-0,92
		CFA: RMSEA = 0,059, CFI = 0,958
Crandall et al. (2020)	Family Health Scale, 32 ítems y 4 factores (forma larga): Procesos familiares de salud social y emocional, estilo de vida familiar saludable, recursos de salud familiar, y apoyos sociales externos familiares.	10 ítems: RMSEA = 0,060, CFI = 0,986, α = 0,85
Denham's Family Health Framework	Forma corta de 10 ítems	Estudio 2:
CI(++)		CFA: RMSEA = 0,067; CFI = 0,987.
C(-)		Cronbach`s α para FHS-SF: 0,84.
VE(++)	Ítems con escala Likert de 3 puntos de Totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo	Puntos de corte: <6 pobre, 6–8 moderada, 9 o 10 excelente.

Nota. COSMIN Checklist: CI=Consistencia interna; C=Confiabilidad; EM=Error de medición; VCt=Validez de contenido; VE=Validez estructural; PH=Prueba de hipótesis; VT=Validez transcultural; VCr=Validez de criterio; S=Sensibilidad.
(+++)=Excelente; (++)=bueno, (+)=regular; (-)=malo

Fuente: elaboración propia

Se identificaron otros estudios de los que se analizó el texto completo tras pasar el primer cribado, sin embargo, los instrumentos identificados abordaron determinados factores relacionados con la familia o la salud familiar, pero no ésta específicamente. En otras ocasiones, el título del instrumento incluía el término “salud familiar”, pero el constructo evaluado no era éste, motivo por el cual no fueron seleccionados.

Finalmente, algunos estudios sólo utilizaban una única pregunta para valorar la salud familiar, por tanto, no fueron incluidos al no utilizar un instrumento específico.

Será la escala de Autopercepción del Estado de salud familiar, desarrollada en el seno del Departamento de enfermería de la Universidad de Sevilla por el equipo coordinado por el Dr. Lima, la abordada en este trabajo de tesis. Mide la autopercepción del estado de salud familiar, entendida como un proceso dinámico, que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de la familia como unidad biopsicosocial, en su contexto cultural y social, para lograr el crecimiento y desarrollo de los miembros y adaptarse a las crisis. En su proceso de validación, ha sido sometida a panel Delphi de expertos y a análisis factorial exploratorio de cada uno de sus factores principales (Lima-Rodríguez et al., 2012, 2013; Moorhead et al., 2013).

En el primer estudio de validación del instrumento mediante panel Delphi on-line (Lima-Rodríguez et al., 2013), se desarrollaron dos fases. La primera de selección de ítems y construcción del instrumento a través de a) revisión bibliográfica, y b) consenso y aportación de un grupo reducido de profesionales sanitarios, docentes, gestores e investigadores, relacionados con la atención a la familia.

Como marco de referencia para diseñar la escala se utilizaron los criterios de resultados enfermeros *Nursing Outcome Classification* (NOC) 4ª edición (Moorhead et al., 2008), partiendo de aquellos propuestos para el dominio salud familiar y la clase bienestar familiar: el clima familiar, la integridad familiar, el funcionamiento familiar, la resistencia familiar y el afrontamiento familiar. En la revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, SCOPUS y Cuiden Plus, y listas de referencias, se trató de identificar las dimensiones de la salud familiar y los instrumentos que la evaluaron desde la perspectiva de los usuarios. En la segunda etapa de esta primera fase, mediante consenso, el grupo de investigación, adoptó el conjunto de ítems que se clasificaron en función de la dimensión de la salud familiar a la que se refería. Así, la escala inicial para enviar a los expertos partió de 50 ítems.

En la segunda fase de validación de contenido, se contó con 18 expertos/as en el tema de origen multidisciplinar seleccionados intencionalmente (enfermeras, médicos y

psicólogos) pertenecientes a diferentes ámbitos profesionales (asistencial, gestor, docente, investigador). Cada ítem propuesto se valoró mediante una escala de cinco puntos, y con la posibilidad de modificar o proponer ítems mediante preguntas abiertas. Se realizaron análisis descriptivo de la muestra y de los ítems, aplicando criterios de estimación/desestimación (estimación: Media $\geq 3,5$ y Mediana ≥ 3 y Valoraciones altas (4-5) $\geq 80\%$ y/o desviación típica $\leq 0,90$). El método permitió depurar y refinar la escala base. Se desarrollaron dos rondas hasta alcanzar el nivel de consenso necesario.

En el estudio de análisis factorial exploratorio de sus factores principales (Lima-Rodríguez et al., 2012), se contó con 258 familias sevillanas seleccionadas mediante muestreo no probabilístico consecutivo. El mismo constaba de cinco escalas: Clima Familiar, Integridad Familiar, Funcionamiento Familiar, Resistencia Familiar y Afrontamiento Familiar, cada una con diez ítems y respuesta tipo Likert de tres puntos: casi nunca (0), a veces (1) y casi siempre (2). Se determinó la fiabilidad mediante la prueba alpha de Cronbach y la validez de constructos mediante análisis factorial exploratorio de cada factor.

Como resultado, en cada factor a) todos los ítems obtuvieron pesos $r > 0,30$ en el primer factor, b) éste explicaba una proporción importante de la varianza con respecto a los demás, c) la varianza total explicada por los factores principales era mayor al 50%. Los factores resultaron del siguiente modo: clima social familiar nueve ítems $\alpha = 0,73$, integridad familiar ocho ítems $\alpha = 0,89$, funcionamiento familiar nueve ítems $\alpha = 0,79$, resistencia familiar diez ítems $\alpha = 0,78$, afrontamiento familiar seis ítems $\alpha = 0,81$. Aunque tras la rotación se identificaron tres factores en el clima familiar y resistencia familiar y dos en funcionamiento familiar, se defendió su unidimensionalidad tras una valoración racional sobre sus significados.

En ambos trabajos, se animaron a realizar futuras investigaciones de cara a continuar analizando las propiedades psicométricas, estructura factorial, fiabilidad, validez de constructo y de criterio de la escala de Autopercepción del Estado de salud familiar.

En el presente trabajo se aborda la validación de una nueva versión con 5 opciones de respuesta: nunca (0), casi nunca (1), a veces (2), casi siempre (3) y siempre (4).

Siguiendo a Morales-Vallejo (2011b), el número mínimo de opciones respuestas en los cuestionarios es de tres (las escalas con tres opciones de respuesta mejorar su la fiabilidad con respecto a aquellas con sólo dos), y el máximo habitual es de seis o siete respuestas (no se discriminan bien a partir de nueve respuestas). De acuerdo a este autor, el número el número tradicional de respuestas, es de cinco. El uso de escalas Likert con más opciones de respuesta en escalas psicométricas ofrece mediciones más precisas (Calleja et al., 2019), y especialmente si son breves y/o unidimensionales.

Se actualizó también la identificación del factor “resistencia familiar” a “resiliencia familiar”, gracias a la revisión de las etiquetas NOC realizada con la quinta edición de esta clasificación (Moorhead et al., 2013). De esta forma, especialmente para las enfermeras que utilicen la escala, la selección de diagnósticos, criterios de resultados, e intervenciones, será más adecuada a la realidad.

Finalmente, se analizará una versión breve del instrumento, guiando la desestimación de ítems de acuerdo a los resultados obtenidos en los análisis factoriales.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar (AESFAv2) en términos de validez, confiabilidad y utilidad.

Objetivos específicos

- a) Analizar la estructura factorial de la escala AESFAv2
- b) Comparar la escala AESFAv2 con instrumentos similares en la medición de la salud familiar con el test de APGAR Familiar y la Escala FACES y (validez de constructo convergente)
- c) Determinar la consistencia interna u homogeneidad de la escala AESFAv2
- d) Determinar la confiabilidad test–retest de AESFAv2
- e) Analizar la utilidad de AESFAv2

METODOLOGÍA

Tipo de diseño

Se realizó un estudio empírico con metodología cuantitativa, de tipo instrumental, encaminado al análisis de las propiedades psicométricas de un instrumento clinimétrico (Montero & León, 2007). Se desarrolló un doble abordaje, transversal para las pruebas de validez de contenido (análisis factorial exploratorio) y de constructo (análisis factorial confirmatorio), de confiabilidad mediante de Cronbach, de criterio convergente, y de utilidad; y un abordaje longitudinal dirigido al análisis test-retest. En el presente trabajo, se estableció un intervalo test-retes de entre siete y quince días, siguiendo a otros autores (Bellón Saameño et al., 1996; Kilic et al., 2018), y para controlar que las condiciones en la salud familiar no sufrieran cambios importantes debido a factores externos se aplicó la Escala de reajuste social o *Social Readjustment Scale* (SRS) (Holmes & Rahe, 1967), descrita más adelante en el apartado correspondiente.

Participantes, muestra y procedimientos

La población de estudio fueron familias residentes en Sevilla y provincia. Para determinar el tamaño de la muestra, basados en la referencia de estimar un mínimo de 5 participantes por cada ítem del instrumento a evaluar, en estudios de validación como el que abordamos, se estimó un mínimo de 210 sujetos para el estudio. Además, como regla general, distintos estudios ponen de manifiesto que, considerando el número de ítems que normalmente es utilizado en los artículos instrumentales, con 300 participantes se obtienen soluciones fiables, por lo que el tamaño muestral se decidió de al menos 300 unidades familiares (Carretero-Dios & Pérez, 2007; Snook & Gorsuch, 1989). Finalmente, respondieron un total de 322 familias, aunque se eliminaron 11 cuestionarios por presentar datos incompletos. Finalmente se contó con 311 familias, superando este requisito. El método de muestreo utilizado fue no probabilístico consecutivo, en centros de salud y centros hospitalarios.

La selección de las familias participantes se realizó en Centros de Salud de Atención Primaria y centros hospitalarios que, tras ser informados del estudio y sus fines, dieron consentimiento para la recogida de datos. Los siguientes centros colaboraron con su permiso para la recogida de datos: Hospital San Juan de dios (Bormujos, Sevilla), Hospital Virgen Macarena (Sevilla), Hospital Virgen del Rocío (Sevilla), Hospital Virgen de Valme (Bellavista, Sevilla), Hospital el Tomillar (Dos Hermanas, Sevilla), Centro de Salud Marqués de Paradas (Sevilla), Centro de Salud Bellavista (Bellavista, Sevilla), Centro Salud Don Paulino García Donas (Alcalá de Guadaira), Centro de Salud San Hilario (Dos Hermanas), Centro de Salud Doña Mercedes (Dos Hermanas), Centro de Salud Utrera Norte Príncipe De Asturias (Utrera, Sevilla).

Los criterios de inclusión y exclusión de los participantes fueron:

Criterios de Inclusión

- Tener una edad mayor o igual a 18 años.
- Formar parte de una familia de dos o más miembros.

Criterios de Exclusión

- Tener dificultad para responder al cuestionario: no saber leer ni escribir y/o barrera idiomática.
- Presentar limitaciones cognitivas o de comprensión del lenguaje que impidan responder de manera autónoma a la entrevista.
- En el post-test, haber experimentado situaciones vitales estresantes que, de acuerdo la escala SRS superen las 150 unidades de cambio vital.

La investigadora estableció contacto con clínicos de referencia en dichos centros, quienes ofrecieron lugar y espacio adecuado para realizar la entrevista, entre aquellos pacientes que se encontraban en sala de espera, en acompañamiento de algún otro familiar que estaba siendo atendido, o durante la propia consulta si disponían de tiempo suficiente. La presencia y cercanía de este personal conocido para los sujetos, permitió establecer un clima de calidez y confianza. También se recogieron datos en domicilios, cuando se trataba de visitas domiciliarias, en similares condiciones. Tras una primera valoración, se incluyeron en el estudio aquellas que cumplieron los criterios de selección establecidos.

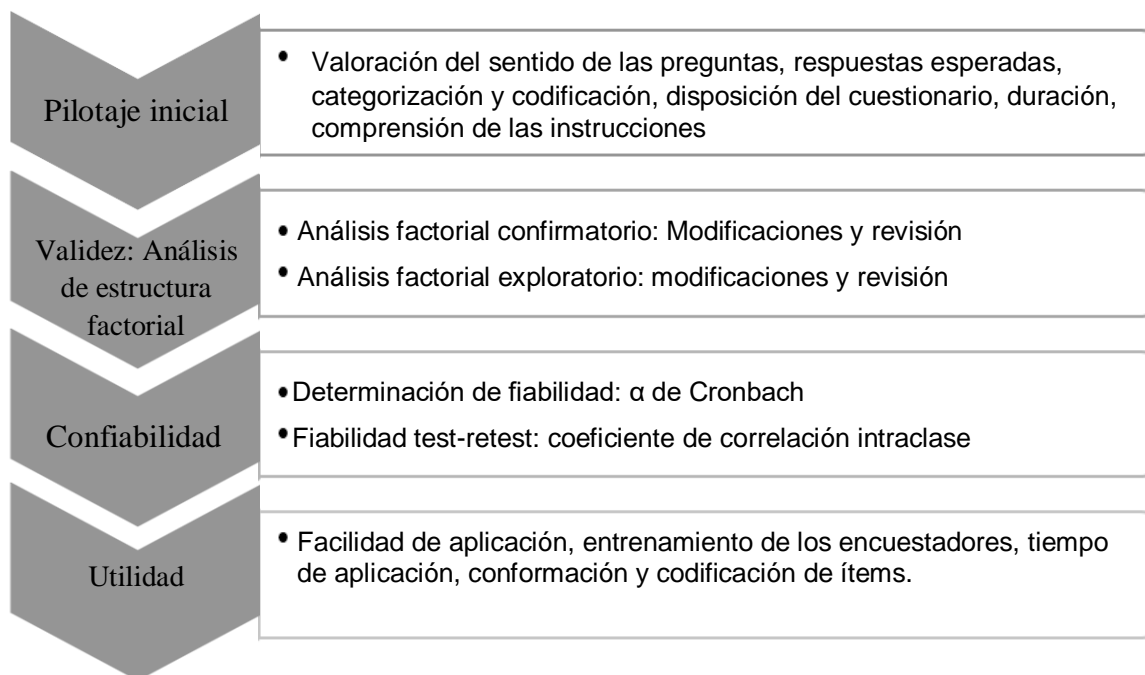
Previa a la aplicación a la muestra de estudio, el cuestionario autodministrado se pilotó en familias de similares características para comprobar si las preguntas tenían sentido, si provocaban las respuestas esperadas, si la categorización de las respuestas y la

codificación era correcta, si la disposición conjunta del cuestionario era la adecuada, si su duración no fatigaba al encuestado y si las instrucciones se entendían (Cea, 2009).

Aproximadamente los participantes dedicaron entre 15 y 30 minutos para completar el cuestionario completo. Tras la primera aplicación del cuestionario (pretest), a aquellas familias que dieron su aprobación para una segunda aplicación del mismo se les facilitó un post-test, que completaron en condiciones similares al primero, al acudir a los centros donde fueron contactados por primera vez, o mediante un enlace a un formato online del cuestionario si no fue posible su contacto en persona, por finalización de las visitas o del proceso de atención sanitaria por el que estaban en los centros sanitarios la primera vez. De las 322 familias que inicialmente conformaron la muestra, 185 aceptaron participar una segunda vez en la cumplimentación de cuestionarios, que respondieron en unos 6-8 minutos. De los datos recogidos, 71 se desestimaron por haber experimentado situaciones estresantes que pudieran alterar la dinámica familiar en las últimas dos semanas (puntuaciones en SRS mayores a 150). De este modo, finalmente, 114 cuestionarios fueron valorados en el test-retest.

En el siguiente flujograma (Figura 4), se detallan las distintas fases del estudio para facilitar su comprensión. La fase de recogida de datos tomó lugar de octubre de 2017 hasta agosto de 2018.

Figura 4. Flujograma de las fases del estudio



Fuente: elaboración propia

Variables e instrumentos

Se elaboró un cuestionario en formato heteroadministrado que contuvo la información del proyecto, el consentimiento informado escrito para los participantes, así como todas las variables e instrumentos utilizados en el desarrollo de este estudio (Anexo 1).

Para caracterizar la muestra se utilizaron las variables se detallan en la Tabla 4, indicando e nombre de la variable, su definición, y tipo de variable de acuerdo a Polit & Hungler (2000). Se especifica también la escala de medición y el instrumento de valoración.

Variables sociodemográficas

- Sexo/género. Variable dicotómica: hombre/mujer.
- Edad. Variable numérica medida en años.
- Lugar de residencia. Debiéndose mencionar en España “la no existencia de una definición única de áreas metropolitanas y los municipios que las constituyen”, se clasificaron por tipologías de acuerdo con tamaños poblacionales según habitantes de aceptación general: municipios rurales (≤ 2.000), medios (2.001-10.000) y urbanos (más de 10.000) (Zoido Naranjo & Arroyo Pérez, 2003).
- País de procedencia. Variable nominal.
- Tipo de familia. El entrevistador clasificó a las familias de acuerdo a la descripción que ofrecía la persona entrevistada, siguiendo la propuesta de De la Revilla (1994): Familias extensas, nucleares, binucleares, monoparentales y equivalentes familiares. Se omitió la categorización de *personas sin familia* debido a los criterios de inclusión propuestos en este estudio.
- Nivel socio-económico de la familia. Con cinco categorías desde alto a bajo, evaluado mediante el Cuestionario de Clase social validado para población española (García-Cueto et al., 2013).
- Nivel de estudios y ocupación más altos alcanzados por alguno de los miembros del sistema conyugal. El nivel de estudio se categorizó de acuerdo al Panel de Hogares del Instituto nacional de estadística español (Instituto Nacional de Estadística, n.d.-b), con seis categorías desde Estudios Universitarios altos hasta estudios primarios / sin estudios. Por su parte, la profesión se categorizó de acuerdo a la Clasificación Nacional de ocupaciones (Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011, 2010), desde directores y gerentes hasta ocupaciones elementales.

Variable de estudio

Estado de salud familiar

Se valoró mediante la escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar (AESFAv2), (Lima-Rodríguez et al., 2012). Sus cinco factores principales son el clima familiar, la integridad familiar, el funcionamiento familiar, la resiliencia familiar y el afrontamiento familiar.

Así, el instrumento base cuenta con 42 ítems distribuidos del siguiente modo: Clima Familiar (ítems 1 a 9, $\alpha = 0,79$), Integridad Familiar (ítems 10 a 17, $\alpha = 0,89$), Funcionamiento Familiar (ítems 18 a 26, $\alpha = 0,79$), resiliencia Familiar (ítems 27 a 36, $\alpha = 0,81$), y Afrontamiento Familiar (ítems 37 a 42, $\alpha = 0,81$). Se trata de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: casi nunca (0), nunca (1), a veces (2), casi siempre (3), siempre (4); resultando a mayor puntuación, mayor autopercepción del estado de salud familiar.

Variables para el análisis de criterio de confiabilidad e instrumentos

Se seleccionaron las escalas APGAR familiar y FACES, debido a ser escalas ampliamente utilizadas en nuestro medio (Fernández-Vargas et al., 2001; Jiménez et al., 2017; López-Gil et al., 2009; Martínez-Pampliega et al., 2017; Puigvert-Vilalta, 2013; Vegas-Miguel & de la Fuente-Anuncibay, 2020), y a la inexistencia de otro instrumento validado en población española que midiera el mismo constructo aquí abordado.

Funcionalidad familiar

El cuestionario APGAR familiar (Suarez & Alcalá, 2014), es otro instrumento desarrollado por Smilkstein para evaluar la funcionalidad de la familia que representa la

capacidad de la familia para hacer frente y superar cada una de las etapas del ciclo vital familiar y las crisis que les afectan, permitiendo cumplir con las funciones básicas de la función familiar, como son, adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos (Smilkstein, 1978). Con tres opciones de respuesta y cinco ítems, éstos evalúan la adaptabilidad, colaboración, crecimiento, afecto y capacidad resolutive familiares. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción. En este trabajo, obtuvo un α de Cronbach de 0,72, que apoyaba su uso.

Funcionamiento familiar. Cohesión y adaptabilidad familiar

Apoiado en el modelo circunflejo de Olson, se desarrolló el FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), que valora el funcionamiento familiar entendido como la interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la familia (cohesión) y la capacidad de cambiar su estructura para poder superar las dificultades o las crisis a lo largo del ciclo vital familiar (adaptabilidad) (Olson, 2011). La versión española (Martínez Pampliega et al., 2006), consta de 20 ítems, de los cuales diez evalúan la cohesión y otros diez la adaptabilidad familiares, con cinco opciones de respuesta, de nunca (1) a casi siempre (5), sin puntos de corte. Con adecuados índices de fiabilidad en su desarrollo, $\alpha = 0,89$ y $\alpha = 0,87$, respectivamente para cohesión y adaptabilidad, ha sido validada desde entonces en varios idiomas y culturas, actualmente se está desarrollando la cuarta versión (FACES IV) en distintos países, incluido España (Rivero et al., 2010). En este trabajo, obtuvo un α de Cronbach de 0,89, que apoyaba su uso.

Variable para controlar el análisis test-retest

Acontecimientos vitales estresantes

La Escala de Reajuste Social (SRS) (De la Revilla Ahumada, 1994) evalúa los efectos de los acontecimientos vitales estresantes ocurridos durante los 12 meses anteriores, medidos en “unidades de cambio vital” (UCV), que indican la gravedad de su impacto en la vida diaria. Esta escala comprende 43 ítems ordenados de mayor a menor impacto. Los acontecimientos vitales estresantes se consideran situaciones, tanto positivas como negativas, que pueden alterar la vida diaria en diversos grados y hacer que la familia y sus miembros se sientan tensos, nerviosos, estresados o fatigados. El evento más grave ("muerte del cónyuge") se puntúa como 100, mientras que un evento menos relevante ("transgresiones leves de la ley") se puntúa como 11. Se tuvieron en cuenta sus puntos de corte: bajo riesgo de disfunción (hasta 150 UCV), riesgo moderado (entre 150 y 300 UCV), riesgo alto (más de 300 UCV) (Dagon, 2012). No se incluyeron en el post-test a familias que superaran puntuaciones ≥ 150 UCV debido a la acumulación de agentes estresantes dentro del rango de tiempo establecido (7-15 días), para evitar la confusión por variabilidad en las condiciones familiares. La fiabilidad α de Cronbach en este estudio fue de 0,70, que apoyaba su uso.

Tabla 4. Variables incluidas en el estudio

Variable	Definición	Tipo	Escala	Instrumento
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Cualitativa, nominal dicotómica	Hombre, mujer	Cuestionario general
Edad	Tiempo de vida en años del encuestado en el momento de la recogida	Cuantitativa discreta	Años, a partir de 18 años	Cuestionario general
Lugar de residencia	Municipio de residencia de el/la encuestado/a, se clasificó según número de habitantes	Cualitativa nominal ordinal	Municipios rurales (≤ 2.000), medios (2.001-10.000) y urbanos (> 10.000)	Cuestionario general (Zoido Naranjo & Arroyo Pérez, 2003)
Tipo de familia	Clasificación propuesta por De la Revilla (1994) según los miembros convivientes y las relaciones entre ellos	Cualitativa nominal	Familias extensas, nucleares, binucleares, monoparentales y equivalentes familiares	Cuestionario general
Nivel socio-económico familiar	Clasificación propuesta por (García-Cueto et al., 2013) de acuerdo a la disposición de una serie de elementos en el núcleo familiar	Cualitativa nominal ordinal	Nivel socio-económico bajo, bajo-medio, medio, medio-alto y alto	Cuestionario de Clase social validado para población española (García-Cueto et al., 2013)
Nivel de estudios más alto en el	Grado de estudios más alto alcanzado por alguno de los miembros del sistema conyugal	Cualitativa nominal ordinal	Sin estudios/ estudios primarios, Primer nivel de enseñanza secundaria (1º, 2º y 3º curso ESO), Segundo nivel de enseñanza secundaria (4º curso ESO), Bachiller o	Panel de Hogares del Instituto nacional de estadística español (Instituto

sistema conyugal			Formación Profesional de primer grado (FPI), Formación Profesional superior (FPIL), Estudios universitarios de ciclo corto (Diplomaturas, escuelas técnicas), Estudios universitarios de ciclo largo (Grado, Licenciado, Máster, Doctorado)	Nacional de Estadística, n.d.-b)
Nivel de ocupación más alto en el sistema conyugal	Grado de ocupación laboral más alto alcanzado por alguno de los miembros del sistema conyugal	Cualitativa nominal	Militares; Directores y gerentes; Técnicos y profesionales científicos e intelectuales; Técnicos y profesionales de apoyo; Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina; Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores; Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero; Artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras y construcción; Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores; Ocupaciones elementales	Calcificación Nacional de ocupaciones (Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011, 2010)
Salud familiar	Proceso dinámico, que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de la familia para lograr el crecimiento y desarrollo de los miembros y adaptarse a las	Cuantitativa discreta	0 a 168 puntos, sin puntos de corte	Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar (Lima-Rodríguez et al., 2012) modificada (likert de 5 puntos)

	crisis, valora cinco factores: clima, integridad, funcionamiento, resiliencia y afrontamiento familiar			
Funcionamiento familiar	Interacción de vínculos afectivos entre los miembros de la familia (cohesión) y la capacidad de cambiar su estructura para poder superar las dificultades o las crisis a lo largo del ciclo vital familiar (adaptabilidad) (Olson, 2011).	Cuantitativa discreta	20 a 100 puntos, sin puntos de corte	FACES español (Martínez Pampliega et al., 2006)
Funcionalidad familiar	Capacidad de la familia para hacer frente y superar cada una de las etapas del ciclo vital familiar y las crisis, cumpliendo las funciones básicas de adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos (Smilkstein, 1978)	Cuantitativa discreta	Sumatorio de ítems valorados de 0-2 0 a 10 puntos: 0-3 disfunción grave, 4-6 disfunción moderada, 7-10 funcional	APGAR familiar (Suarez & Alcalá, 2014)
Acontecimientos vitales estresantes	Situaciones en los últimos 12 meses, positivas o negativas, que pueden alterar la vida diaria y crear estrés en la familia y sus miembros	Cuantitativa discreta	Sumatorio de los ítems medidos en UCV, 0-576 puntos; < 150 bajo riesgo de disfunción, 150-300 riesgo moderado, > 300 riesgo alto (Dagon, 2012)	Escala de Reajuste Social (De la Revilla Ahumada, 1994)

Nota: el cuestionario completo con las variables y sus instrumentos de medición se puede consultar en el Anexo 1.

Fuente: elaboración propia

Análisis de datos

En el *análisis descriptivo*, para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Respecto a las cuantitativas y escalas AESFAv2, APGAR, FACES, SRS, se describen los valores mínimos, máximos, media y desviación típica, explicando la interpretación de su puntuación media, global o punto de corte en aquellas que disponen de él. Se midieron las estimaciones de confiabilidad de consistencia interna para todos los instrumentos (AESFAv2, APGAR, FACES, SRS), cuyas adecuadas propiedades psicométricas respaldaron su uso. Los datos perdidos se ajustaron utilizando la moda para las variables categóricas y la puntuación media individual para las variables numéricas. Se utilizaron los Statistical Package for the Social Science (IBM®² SPSS®), versión 18.0 para Windows, IBM® SPSS® Amos como software de modelado de ecuaciones estructurales y R³ 3.1.2. para Windows. A continuación, se detallan los análisis realizados. Un investigador colaborador especializado en estadística apoyó el proceso de análisis y sus requerimientos técnicos.

De manera previa a la realización de los *análisis factoriales*, se comprobó la adecuación del tamaño muestral mediante dos indicadores referentes a la matriz de correlaciones:

- Se examinó el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adecuación muestral. Este índice trata de comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados, con aquellas magnitudes de los coeficientes de correlación parcial. El KMO, por tanto, comprueba si es posible factorizar las variables primarias de

² *International Business Machines Corporation*, empresa estadounidense (sede en Armonk, Nueva York) multinacional de consultoría y tecnología. Fundada en 1911 resultado de la fusión de otras cuatro empresas, adoptó este nombre en 1924. Con operación a nivel mundial, fabrica y comercializa hardware y software para ordenadores, y ofrece servicios de consultoría, alojamiento de Internet e infraestructura, para distintas áreas relacionadas con la informática. <https://www.ibm.com/es-es/analytics/spss-statistics-software>

³ R utiliza un entorno y lenguaje de programación dirigido al análisis estadístico. Desarrollado por Ross Ihaka y Robert Gentleman (Universidad de Auckland) en 1993, aunque con bases en los Bell Laboratories de AT&T y Alcatel-Lucent, con el lenguaje S (John Chambers, Rick Becker, y colaboradores, 1970). R forma parte de un proyecto abierto y colaborativo, con posibilidad de extensiones mediante paquetes estadísticos y bibliotecas para cálculo y generación de gráficos. <https://www.r-project.org/>

manera eficiente. Se considera que un índice KMO no es aceptable por debajo de 0,50, mediocre alrededor de 0,60, meritorio a partir de 0,80, y muy bueno por encima de 0,90 (Sarmiento & Costa, 2017).

- Prueba de esfericidad de Bartlett. Se usa para probar si varias muestras tienen varianzas iguales. Este test contrasta dos hipótesis basadas en la hipótesis nula (H_0) de que entre las variables la matriz de correlaciones es igual, y aquella alternativa (H_1) de que las matrices de correlaciones son diferentes. Se considera que el análisis factorial es adecuado para la muestra disponible cuando el test es estadísticamente significativo ($p < 0,05$), indicando que la matriz de correlación no es idéntica (Sarmiento & Costa, 2017).

El KMO fue 0,92, y la prueba de Bartlett mostró valores significativos ($p = 0,000$), revelando una varianza común de los ítems que resultó adecuada para los análisis factoriales (Tabachnick & Fidell, 2019) (Tabla 5).

Tabla 5. Resultado del índice de Kaiser-Meyer-Olkin y prueba de Bartlett.

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0,917
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	7006,117
	gl	0,861
	Sig.	0,000

Fuente: elaboración propia

Para el *análisis factorial confirmatorio* desarrollado, se tuvieron en consideración determinados índices y consideraciones de acuerdo a autores de referencia (Costa, 2019; Tabachnick & Fidell, 2019; Xia & Yang, 2019) que se detallan a continuación en la tabla 6.

Tabla 6. Criterios e índices usados en el análisis factorial confirmatorio

	Prueba	Criterio
Adecuación AF	Índice de Kaiser-Meyer-Oldin (KMO)	Mediocre alrededor de 0,60; meritorio 0,80-0,90; muy bueno > 0,90
	Prueba de esfericidad de Bartlett	Nivel de significación <0,001
Índices de bondad de ajuste	χ^2	No significativo *(<i>influido por el tamaño muestral, complementar por RMSEA</i>)
	AIC (Criterio de Información)	Valores bajos mejor ajuste
	RMSEA (Error Cuadrático Medio de Aproximación)	<0,05 buen ajuste; 0,05-0,08 ajuste razonable; 0,08-0,1 ajuste pobre; >0,1 mal ajuste
	NFI (Índice de ajuste normalizado)	Muy bueno 0,95; bueno 0,9-0,95; razonable 0,8-0,9; malo <0,08
	CFI (Índice de ajuste comparativo)	
	TLI (Índice de Tucker-Lewis)	
	PRATIO (Razón de parsimonia)	
PNFI (índice normado de ajuste parsimonioso)		
PCFI (índice comparativo de ajuste parsimonioso)		

Fuente: elaboración propia siguiendo a Costa (2019), Tabachnick & Fidell (2019), Xia & Yang (2019).

La prueba de chi cuadrado (X^2) indica la diferencia entre las matrices de covarianza observadas y esperadas. Compara la hipótesis nula (H_0) de que el modelo propuesto y la estructura de datos son similares (sin diferencias), y la alternativa (H_1) de que existe una diferencia entre el modelo propuesto y la estructura de datos. Valores más cercanos a cero indican un mejor ajuste, es decir, una diferencia más pequeña entre las matrices de covarianza esperadas y observadas. Por el contrario, una prueba de chi cuadrado considerable con un p valor correspondiente bajo, indica que el modelo no se ajusta a los datos (Gunzler & Morris, 2015). Aunque teniendo en cuenta que este estimador es

dependiente del tamaño muestral, su interpretación debe complementarse con otros índices (Gomez et al., 2020).

Respecto al AIC (Akaike Information Criterion) es un índice de validación cruzada útil en el sentido de que tiende a seleccionar modelos que se seleccionarían si los resultados se validaran de forma cruzada con una nueva muestra (Keith, 2019), y es tal vez el mejor estadístico a valorar en este aspecto mediante los modelos de máxima verosimilitud (Kline, 2015).

El RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) o error cuadrático medio de aproximación, está diseñado para evaluar el ajuste aproximado de un modelo, y se usa a menudo en combinación con el CFI o el TLI (Keith, 2019) ya que también se ve influido por el tamaño muestral. Expresa la discrepancia entre la matriz de covarianza observada y la matriz de covarianza implícita en el modelo por grado de libertad (Irwing et al., 2018).

Los índices NIF (Normed Fit Index), CFI (Comparative Fit Index) y TLI (Tucker-Lewis Index), valoran el ajuste incremental, comparando el ajuste de un modelo hipotético nulo y el modelo de base. El modelo nulo denota un modelo en el que las variables no están relacionadas estructuralmente, lo que representa el peor de los casos. Sus valores van de 0-1, siendo aceptables valores cercanos a 0,8, y deseablemente superiores a 0,9 (Whitley & Kite, 2018; Xia & Yang, 2019).

Por su parte, los índices de ajuste de parsimonia PRATIO (Parsimony Ratio), que apoya en el cálculo de los otros dos, el PNFI (multiplica el NFI por el PRATIO) y PCFI (multiplica el CFI por el PRATIO), tienen en cuenta los grados de libertad para probar tanto el modelo como evaluado como el modelo de base (Arbuckle, 2013; Yaşlıoğlu & Toplu-Yaşlıoğlu, 2020).

Tras un primer análisis de datos, si existen suficientes evidencias para rechazar el modelo factorial propuesto, cuando el mismo no se ajusta a los datos, si existen suficientes evidencias para rechazar el modelo factorial propuesto cuando el mismo no

se ajusta a los datos. En este caso el investigador tiene la libertad de efectuar las modificaciones necesarias hasta lograr un ajuste satisfactorio, lo que denomina re-especificación del modelo factorial propuesto. En esta fase se busca mejorar el ajuste de dicho modelo a través de diferentes modificaciones. Se suprimen las relaciones que no fueron significativas y se incluyen, si es posible, nuevas relaciones entre variables.

Para valorar los índices de modificación los datos no pueden tener valores perdidos, situación que se comprobó de manera previa a desarrollar los análisis. Una vez cumplido este requisito, una opción es relacionar pares de error, siempre que ambos se encuentren dentro del mismo factor, y teniendo en cuenta que el valor de chi-cuadrado disminuya de manera importante, recomendado en un mínimo de 3,84 para ser significativo (de Vicente-Oliva et al., 2021). Aunque este método no se recomienda ya que teóricamente relaciones altas entre pares de error indican que ambos miden aspectos similares, lo que podría estar sugiriendo sobrerrepresentación de dicho aspecto.

Otra opción en la implementación de modificaciones se sustenta en las relaciones entre los ítems y los factores (cambio de factor). Estos cambios son sensibles y hay que valorar si teóricamente los cambios tienen sentido. Una tercera forma de re-especificar el modelo es evaluar las correlaciones entre los ítems y sus factores, considerando que los valores de las regresiones sean estadísticamente significativos ($p < 0,001$). Por último, se valora los valores estandarizados de la regresión, pudiendo suprimir aquellos ítems con correlaciones bajas con sus factores (Sarmiento & Costa, 2017).

Tras los resultados de los primeros análisis, se decidió aplicar un *análisis factorial exploratorio*, que se desarrolló mediante las etapas que Norman & Streiner (1998) proponen, a través del método de análisis de componentes principales para proceder a extraer los principales factores, eligiendo la rotación Varimax como procedimiento de rotación. Para facilitar el establecimiento de un número de factores adecuado, así como una adecuada estructura factorial, se tuvieron en cuenta otra serie de criterios:

- La varianza que presenta la solución factorial resultante tiene que explicar más del 50% de la variabilidad total del instrumento (Costello & Osborne, 2005).
- Extracción de factores con valores propios mayores a 1 (Kaiser, 1970). Estos valores propios se conocen como eigenvalues, y representan el porcentaje de varianza que cada factor explica. Seleccionando aquellos con valores mayores a la unidad, se consigue retener aquellos que expliquen más varianza que cualquier variable.
- Únicamente se extrajeron aquellos ítems con cargas superiores a 0,30, con motivo a que saturaciones mayores a este valor se consideran representativos de aquel componente que saturan (Hair et al., 2007; Morales-Vallejo, 2011a; Ventura-León, 2019).
- Que el primer factor explicara una proporción importante de varianza con respecto a los demás factores (Morales-Vallejo, 2011a; Morales Vallejo, 2006).
- Se respetaron aquellos ítems sin “carga cruzada”. Éstos son los que presentan una carga de 0,3 o superior en dos o más factores. Esta situación puede representar una mala redacción de los ítems, o que la estructura establecida a priori podría no ser adecuada; por lo cual puede considerarse su exclusión, sobre todo cuando existen en el mismo factor otros con cargas fuertes ($>0,5$) (Canelo-Dávila, 2019).

Para determinar la *validez externa convergente* se comparó el instrumento AESFAv2 con las escalas APGAR Familiar y FACES, seleccionadas por evaluar constructos afines a la salud familiar (Martínez Pampliega et al., 2006). Se establecieron correlaciones bivariadas según el tipo de variable y considerando la normalidad de las variables cuantitativas dado el tamaño muestral y tras la revisión gráfica. Se utilizó el estadístico r de Pearson, considerando correlaciones estadísticamente significativas aquellas con $p < 0,05$. El tamaño del efecto fue considerando pequeño entre 0,10 y 0,30, moderado entre 0,30 y 0,50, y grande para valores mayores de 0,50 (Cohen, 1988).

En el *análisis de consistencia interna* u homogeneidad mediante α de Cronbach, se estudió en cada uno de los modelos evaluados, comprobando si el coeficiente α de Cronbach mejoraba con la eliminación de algún elemento. Índices de confiabilidad a partir de 0,70 se consideraron adecuados. Se analizó el índice de discriminación, evaluando las correlaciones ítem-total corregidas que debían ser superiores a $1 / \sqrt{k}$ ($k =$ número de ítems) (Morales Vallejo, 2006), que en nuestro caso sería de 0,15 para AESFA de 42 ítems y 0,20 para la nueva versión.

Para el *test-retest*, tras valorar mediante la escala SRS la condición de ausencia de cambios importantes a nivel familiar, se analizó el coeficiente de correlación intraclass (CCI). Según el intervalo de confianza del 95% de la estimación del CCI, se considera fiabilidad deficiente los valores $< 0,5$, fiabilidad moderada entre 0,5-0,75, fiabilidad buena entre 0,75-0,9 y excelente fiabilidad $> 0,90$ (Koo & Li, 2016). El cuestionario elaborado para el post-test se puede consultar en el Anexo 2.

Referido a la *utilidad*, de acuerdo a Sánchez & Echeverry (2004), dicho aspecto se refiere a la aplicabilidad, en un escenario real, del instrumento, y no depende de la realización de análisis estadísticos. En este punto, se debe describir el tiempo requerido para aplicar el instrumento de promedio, la necesidad de contar con condiciones especiales para la aplicación de la prueba, el nivel de capacitación o formación que necesitan aquellos encargados de aplicar la escala, y a la hora de calificar la escala, la forma, tiempo, y método requerido.

Requisitos éticos y declaración de conflicto de intereses

Según Argimón y Jiménez (Argimon Pallas & Jiménez Villas, 2012), en la investigación, las consideraciones o los conflictos éticos derivados del trabajo con seres

humanos cobran gran importancia. Aplicando su teoría a nuestro trabajo, encontramos que son tres de cuatro los principios éticos implicados en proceso de validación de contenido de una escala:

- No maleficencia. Estamos obligados a no infligir daño a los participantes en el estudio, siendo su protección más importante que la búsqueda de nuevos conocimientos o el interés personal o profesional en el estudio.
- Beneficencia. Estamos obligados a procurar la satisfacción de los participantes del estudio, no exponiéndoles a daños y asegurando su bienestar. Los riesgos e incomodidades para los participantes deben compararse con los posibles beneficios y la importancia del conocimiento que se espera obtener, de manera que la relación sea favorable.
- Autonomía. Implica garantizar la confidencialidad de la información que se recoge asegurando la protección de los datos, a través de un consentimiento informado, para respetar la capacidad de una persona para decidir por ella misma su participación en el estudio.

Estos autores, además, establecen las normas éticas que deberían o no realizarse en el marco de la investigación, con la finalidad de cumplirse los requisitos derivados de los principios éticos fundamentales:

- Invitación a participar en el estudio.
- Informar sobre los objetivos del estudio.
- Fundamentar porqué son considerados candidatos para el estudio.
- Explicar el procedimiento del estudio, la duración de la participación, etc.
- Descripción de las incomodidades razonablemente esperables.
- Descripción de los beneficios para los sujetos del estudio.

- Garantía de confidencialidad de la información.
- Contacto para resolver dudas y responder preguntas que puedan aparecer.
- La renuncia a participar o continuar con el estudio no comporta castigos ni pérdidas de beneficios.

Se han tenido en cuenta los principios éticos de la declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013), sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Se entregó consentimiento informado a los participantes solicitando su firma y asegurando el manejo de la información de forma anónima y confidencial, conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99, y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, de 27 de abril de 2016. Los registros únicamente se identificaron con el número de caso asignado. Se informó a los participantes que sus respuestas serían tratadas de manera confidencial, se obtuvo su consentimiento para participar en el estudio y se brindó un ambiente de confianza y privado para completar el cuestionario. Se desarrolló también conforme a la Ley 41/2002, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El Comité de ética coordinador de la Investigación Biomédica de Andalucía aprobó este estudio (20183913339) (Anexo 3). Finalmente, añadir que los autores declaran no existir conflicto de intereses, y que, en el transcurso del doctorado se aprobó un Contrato predoctoral o de Personal Investigador en Formación (PIF) para el desarrollo del Programa Propio de I+D+i de la Universidad de Sevilla.

RESULTADOS

Análisis descriptivos

El miembro familiar encuestado fue mayoritariamente mujer (n = 211, 67,8%) de 44,6±19,35 años de edad. Las familias tenían un tamaño promedio de 3,6±1,11 miembros. En cuanto a la tipología, eran mayoritariamente nucleares (n = 244, 78,5%), encontrándose el 52,3% (n = 182) en las etapas de ciclo vital familiar de familia con hijos adolescentes y/o hijos en edad escolar. Vivían en localidades urbanas (n = 242, 67,8%) siendo familias de bajo estatus social (n = 113, 36,5%). El nivel de estudio máximo alcanzado por alguno de los cónyuges fue Bachillero o Formación Profesional I o II (n = 101, 32,5%), siendo la ocupación más común en los hombres Técnicos y científico-intelectuales (n = 58, 20,2%), y en las mujeres Ocupaciones elementales (n = 91, 30,8%) (Tabla 7).

Tabla 7. Análisis descriptivo de la muestra

Variables	n (%)
Sexo del encuestado [0]	
Hombre	100 (32,2)
Mujer	211 (67,8)
Tipo de municipio [8]	
Rural	61 (20,2)
Urbano	242 (79,8)
Clase social [1]	
Baja	113 (36,5)
Media-baja	101 (32,6)
Media	62 (20,0)
Media-alta	22 (7,1)
Alta	12 (3,9)
Tipo de familia [0]	
Monoparental	28 (9,0)
Nuclear	244 (78,5)
Reconstituida	8 (2,6)

Extensa	8 (2,6)
Nuclear ampliada	18 (5,8)
Equivalente	5 (1,6)
<hr/>	
Etapa del ciclo vital familiar [1]	
Formación de la pareja	44 (14,2)
Hijo lactante	20 (6,5)
Hijo escolar	49 (15,8)
Hijo adolescente	133 (36,5)
Hijo emancipado	35 (11,3)
Familia madura	25 (8,1)
Familia anciana	24 (7,7)
<hr/>	
Nivel de estudios máximo en la pareja [0]	
Sin estudios / estudios primarios	64 (20,6)
Primer nivel de enseñanza secundaria (1º, 2º y 3º curso ESO)	16 (5,1)
Segundo nivel de enseñanza secundaria (4º curso ESO)	18 (5,8)
Bachiller o Formación Profesional de primer grado (FPI)	55 (17,7)
Formación Profesional superior (FPPII)	46 (14,8)
Estudios universitarios de ciclo corto (Diplomaturas, escuelas técnicas)	47 (15,1)
Estudios universitarios de ciclo largo (Grado, Licenciado, Máster, Doctorado)	65 (20,9)
<hr/>	
Profesión de la pareja (hombre / mujer) [3/4] ^a	
Militares	6 (2,1) / 1 (0,3)
Directores y gerentes	20 (7,0) / 6 (2,0)
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales	58 (20,2) / 72 (24,4)
Técnicos; profesionales de apoyo	45 (15,7) / 17 (5,8)
Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina	12 (4,2) / 42 (14,2)
Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores	48 (17,6) / 53 (18,0)
Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	6 (2,1) / 0 (0,0)
Artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras y construcción	54 (18,8) / 12 (4,1)
Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores	21 (7,3) / 1 (0,3)
Ocupaciones elementales	17 (5,9) / 91 (30,8)

^a 16 casos en cuestionarios respondidos por mujeres y 12 en los respondidos por hombres, no disponían de las profesiones de la pareja por ser familias que sólo contaban con un miembro en el subsistema parental (p.ej. familias monoparentales, equivalentes familiares).

Nota: Se expresan entre corchetes los casos perdidos para cada variable

Fuente: elaboración propia

Respecto al descriptivo de las escalas, las escalas AESFA, APGAR familiar, FACES y SRS obtuvieron una puntuación media de $129,24 \pm 20,3$, $8,7 \pm 1,41$, $83 \pm 10,3$ y $163,58 \pm 104,2$ puntos respectivamente, indicando para aquellas que disponen de puntos de corte, buenos niveles de funcionalidad familiar (APGAR) y riesgo moderado a presentar enfermedad o disfuncionalidad por acumulación de agentes estresantes (SRS) (Tabla 8).

Tabla 8. Descriptivo de los instrumentos utilizados

Instrumento	Número de elementos	Mínimo-máximo	Media \pm Desviación típica
AESFAv2	42	36-168	$132,06 \pm 17,96$
APGAR	5	3-10	$8,72 \pm 1,41$
FACES	20	49-100	$83,07 \pm 10,25$
SRS	43	0-576	$163,58 \pm 104,24$

Fuente: elaboración propia

Análisis factorial confirmatorio de la escala AESFAv2

Se examinaron dos soluciones (Anexos 4 y 5), considerando que cumplieran los requisitos anteriormente expuestos y observando los estimadores para el modelo (Tabla 9). Para el tratamiento de los datos más adecuado, se tuvo en cuenta el criterio de interpretabilidad de acuerdo a la simplicidad estructural y su significado conceptual o teórico.

Las modificaciones se basaron en la eliminación ítems con correlaciones ítem-total $< 0,3$ (Fernández-Aráuz, 2015; Hernández et al., 2014), para favorecer la buena discriminación de los ítems, recomendada por el análisis: cuestión 6 en clima familiar, 32, 34 y 36 en resiliencia. Esta modificación no consiguió un ajuste adecuado. El segundo modelo modificado partió de un esquema donde se relacionaron los cinco

factores entre sí, arrojando recomendaciones muy similares al primer análisis según los índices de regresión, procediendo a eliminar los ítems 6 de clima, 34 y 36 de resiliencia. La última modificación se realizó eliminando los ítems 29 y 31 de resiliencia de acuerdo a los datos (Tabla 10). No se procedió a otras modificaciones dado que los ítems restantes pesaban de forma significativa en cada factor, decidiendo abordar un análisis más exhaustivo de su disposición mediante AFE.

Tabla 9. Resultados estadísticos del AFC realizado para los distintos modelos.

Modelos	Ajuste absoluto		Ajuste incremental			Ajuste de la parsimonia			
	Chi-cuadrado	RMSEA	CFI	TLI	NFI	PRATIO	PCFI	PNFI	AIC
Modelo 1 (Anexo 4)	2555,987 p<0,001	0,093	0,632	0,611	0,543	0,945	0,598	0,514	2817,987
Modelo modificado1	2152,331 p<0,001	0,093	0,669	0,673	0,581	0,914	0,630	0,547	2369,331
Modelo modificado 2 (Anexo 5)	2529,714 p<0,001	0,093	0,637	0,613	0,548	0,940	0,598	0,515	2801,714
Modelo modificado 3	2194,542 p<0,001	0,094	0,664	0,641	0,579	0,934	0,621	0,514	2448,542

Fuente: elaboración propia

Como puede observarse, el modelo factorial propuesto ni sus modificaciones consiguieron ajustarse a los datos.

Tabla 10. Pesos estandarizados de regresión

			Estimate			
			Modelo 1*	Modelo modif 1*	Modelo modif 2*	Modelo modif 3*
Climate	<---	FamilyHealth	0,804	0,790		
Integrity	<---	FamilyHealth	0,819	0,815		
Functioning	<---	FamilyHealth	0,936	0,943		
Resilience	<---	FamilyHealth	0,314	0,241		
Coping	<---	FamilyHealth	0,724	0,718		

			Estimate			
			Modelo 1*	Modelo modif 1*	Modelo modif 2*	Modelo modif 3*
Cuestión1	<---	Climate	0,641	0,662	0,657	0,681
Cuestión2	<---	Climate	0,579	0,602	0,597	0,623
Cuestión3	<---	Climate	0,594	0,603	0,589	0,597
Cuestión4	<---	Climate	0,442	0,457	0,457	0,470
Cuestión5	<---	Climate	0,520	0,501	0,522	0,503
Cuestión6	<---	Climate	0,295		0,287	
Cuestión7	<---	Climate	0,354	0,337	0,362	0,344
Cuestión8	<---	Climate	0,450	0,435	0,425	0,403
Cuestión9	<---	Climate	0,450	0,427	0,422	0,394
Cuestión10	<---	Integrity	0,776	0,776	0,777	0,778
Cuestión11	<---	Integrity	0,755	0,755	0,756	0,756
Cuestión12	<---	Integrity	0,730	0,731	0,729	0,728
Cuestión13	<---	Integrity	0,630	0,631	0,623	0,622
Cuestión14	<---	Integrity	0,752	0,752	0,751	0,751
Cuestión15	<---	Integrity	0,691	0,691	0,690	0,689
Cuestión16	<---	Integrity	0,701	0,700	0,704	0,705
Cuestión17	<---	Integrity	0,660	0,661	0,665	0,666
Cuestión18	<---	Functioning	0,683	0,684	0,675	0,678
Cuestión19	<---	Functioning	0,710	0,712	0,700	0,703
Cuestión20	<---	Functioning	0,754	0,756	0,751	0,754
Cuestión21	<---	Functioning	0,642	0,641	0,654	0,651
Cuestión22	<---	Functioning	0,572	0,570	0,575	0,571
Cuestión23	<---	Functioning	0,455	0,456	0,441	0,444
Cuestión24	<---	Functioning	0,386	0,384	0,374	0,372
Cuestión25	<---	Functioning	0,386	0,387	0,374	0,376
Cuestión26	<---	Functioning	0,672	0,670	0,690	0,686
Cuestión27	<---	Resilience	0,787	0,807	0,783	0,776
Cuestión28	<---	Resilience	0,776	0,799	0,788	0,821
Cuestión29	<---	Resilience	0,741	0,756	0,735	0,736
Cuestión30	<---	Resilience	0,466	0,434	0,450	0,418
Cuestión31	<---	Resilience	0,354	0,325	0,368	0,373
Cuestión32	<---	Resilience	0,292		0,309	0,317
Cuestión33	<---	Resilience	0,341	0,306	0,353	0,343
Cuestión34	<---	Resilience	0,270		0,262	
Cuestión35	<---	Resilience	0,348	0,301	0,333	0,301
Cuestión36	<---	Resilience	0,271		0,255	
Cuestión37	<---	Coping	0,375	0,373	0,377	0,375
Cuestión38	<---	Coping	0,501	0,500	0,501	0,501
Cuestión39	<---	Coping	0,797	0,796	0,800	0,800
Cuestión40	<---	Coping	0,784	0,786	0,777	0,777
Cuestión41	<---	Coping	0,743	0,744	0,744	0,745

			Estimate			
			Modelo 1*	Modelo modif 1*	Modelo modif 2*	Modelo modif 3*
Cuestión42	<---	Coping	0,699	0,699	0,702	0,702

*Los ítems correlacionaron de forma significativa con su factor

Nota: Análisis factorial confirmatorio realizado utilizando el análisis de Máxima Verosimilitud. Se señalan en negrita aquellos ítems propuestos para su eliminación.

Fuente: elaboración propia

Análisis factorial exploratorio de la escala AESFAv2

Estructura factorial

De estos análisis se extrajo aquella solución compuesta por cinco componentes principales, cuya carga factorial resultaba más fácilmente interpretable y, además, el porcentaje de varianza explicado resultaba más adecuado, ascendiendo a un 53,26% (Tabla 11), y explicando el primer factor el mayor peso de la varianza (19,61%). La matriz de ítems se presenta en la Tabla 12, siendo inspeccionada siguiendo las indicaciones de Tabachnick & Fidell (2019) para aquellas cargas factoriales que resultaron por encima de 0,30.

Tabla 11. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	13,223	31,483	31,483	13,223	31,483	31,483	8,234	19,605	19,605
2	2,991	7,122	38,606	2,991	7,122	38,606	4,689	11,163	30,769
3	2,773	6,603	45,209	2,773	6,603	45,209	4,032	9,600	40,369
4	1,870	4,453	49,662	1,870	4,453	49,662	3,253	7,744	48,113
5	1,510	3,595	53,257	1,510	3,595	53,257	2,161	5,144	53,257

Fuente: elaboración propia

Tabla 12. Matriz de componente rotados

		Matriz de componente rotado				
		Componente				
		1	2	3	4	5
1. C			0,695			
2. C			0,676			
3. C			0,505			0,412
4. C			0,444			
5. C						0,620
6. C					0,369	0,443
7. C						0,611
8. C	0,451				0,321	0,310
9. C	0,617					
10. C	0,819					
11. C	0,789					
12. C	0,665		0,311			
13. C	0,580		0,313			
14. C	0,701					
15. C	0,646					
16. C	0,744					
17. C	0,639			0,354		
18. C	0,374		0,658			
19. C	0,363		0,641			
20. C	0,376		0,701			
21. C	0,672					
22. C	0,603					
23. C			0,589	0,346		
24. C			0,419			
25. C			0,463			
26. C	0,733					
27. C					0,736	
28. C				0,475	0,601	
29. C					0,712	
30. C					0,599	
31. C				0,641		
32. C				0,678		
33. C				0,537		
34. C	0,316				0,344	
35. C					0,587	
36. C	0,348				0,541	
37. C	0,548				0,372	
38. C	0,529					
39. C	0,503			0,611		

40. C	0,406	0,645
41. C	0,391	0,626
42. C	0,347	0,571

Nota: Análisis factorial exploratorio realizado utilizando el análisis de componentes principales con Método de rotación Varimax con normalización Kaiser. No se representan las cargas factoriales inferiores a 0,30. Se señalan en negrita aquellos ítems propuestos para mantenerse en la versión definitiva reducida de la escala (Anexo 6). Sumas de cargas al cuadrado de la rotación, % acumulado de varianza total explicada = 53,26%.

Fuente: elaboración propia

La inspección de la matriz rotada determinó que de los 42 ítems que componen la escala:

24 ítems (1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 38) obtuvieron cargas factoriales superiores a 0,30 en uno de los factores e inferiores a 0,30 en el resto. Esto supone que correlacionan adecuadamente con el factor que saturan pero no con el contrario, por lo que se puede afirmar que definen apropiadamente al factor que pertenecen.

18 ítems (3, 6, 8, 12, 13, 17-20, 23, 28, 34, 36, 37, 39-42) obtuvieron cargas factoriales cruzadas por encima de 0,30 en dos o más factores distintos. Esto supone que correlacionan de forma simultánea con ambos, lo que se interpreta como que cada ítem define adecuadamente ambos factores al mismo tiempo.

En base a la nueva estructura factorial propuesta de acuerdo con los análisis estadísticos, el clima familiar mantiene la mayoría de los ítems iniciales, agregando desde funcionamiento familiar “Tenemos cubiertas las necesidades básicas” y “Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura”. Parece dividirse en dos aspectos: uno más relacionado con factores internos o normativos (5 ítems), y otro con factores externos o de crecimiento y desarrollo de sus miembros (2 ítems), con un total de siete ítems y del siguiente modo (Tabla 13):

Tabla 13. Estructura para clima familiar en AESFAv2

Clima familiar	
Aspectos normativos	Factores externos
01 Las cosas se hacen de una forma establecida 02 Se da mucha importancia a cumplir las normas 04 El dinero se administra de manera cuidadosa 24 Tenemos cubiertas las necesidades básicas 25 Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura	05 Se valora la realización de actividades intelectuales. 07 Nos informamos de lo que pasa en nuestro alrededor

Fuente: elaboración propia

La integridad familiar también conserva la mayoría de los ítems previos al AFE, añadiéndose los ítems: “Cuando tengo un problema puedo comentarlo” desde clima; “Nos comunicamos sin rodeos”, “Somos flexibles a la hora de organizarnos en casa” y “Nos cuidamos unos a otros” desde el factor funcionamiento y el ítem “No se deciden soluciones sin contar con toda la familia” desde el factor afrontamiento. Quedaría una estructura con un único componente con los siguientes diez ítems (Tabla 14):

Tabla 14. Estructura para integridad familiar en AESFAv2

Integridad familiar
09 Cuando tengo un problema puedo comentarlo 10 Nos apoyamos realmente los unos a los otros 11 Nos ayudamos los unos a los otros 14 Tenemos mucho espíritu de grupo 15 En las decisiones importantes participamos todos 16 Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo 21 Nos comunicamos sin rodeos

22 Somos flexibles a la hora de organizarnos en casa

26 Nos cuidamos unos a otros

38 No se deciden soluciones sin contar con toda la familia

Fuente: elaboración propia

Seguidamente, la resiliencia familiar parece conservar la mayoría de sus ítems, pasando a diferenciarse conceptualmente, entre sus siete ítems, tres aspectos en la misma: recursos comunitarios (4 ítems), y de salud (3 ítems) (Tabla 15).

Tabla 15. Estructura para resiliencia familiar en AESFAv2

Resiliencia familiar	
Recursos comunitarios	Mantenimiento de salud
27 Sabemos cómo obtener ayuda de instituciones públicas	31 Valoramos tener hábitos saludables
29 Sabemos cómo acceder a los servicios municipales	32 Nos preocupamos por mantenernos sanos
30 Sabemos qué hacer cuando tenemos un problema de salud	33 Nos anticipamos a los problemas para prevenirlos
35 Consideramos suficientes nuestros recursos	

Fuente: elaboración propia

Sería el factor inicial funcionamiento familiar el que reestructura sus ítems hacia aquellos agrupados en clima e integridad familiares, indicados anteriormente. Por su parte, en el factor afrontamiento familiar inicial, excepto uno de los ítems (valorado en la nueva versión en integridad), el resto obtuvieron cargas factoriales cruzadas a los factores de resiliencia familiar y clima social familiar, por lo que fueron desestimados para la versión definitiva de la nueva escala.

Análisis de criterio convergente

La escala AESFAv2 correlacionó significativamente ($p < 0,01$) con tamaño de efecto alto, con las escalas APGAR familiar ($r = 0,522$) y FACES ($r = 0,660$) (Tabla 16).

Tabla 16. Análisis de correlaciones entre escalas

		APGAR	FACES	AESFAv2
AESFAv2	Correlación de Pearson	0,522**	0,660**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	
	N	311	311	311

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

Análisis de fiabilidad mediante α de Cronbach de AESFAv2

El α de Cronbach para la escala AESFA de 42 ítems fue de $\alpha = 0,93$, mientras que para AESFAv2 fue de $\alpha = 0,87$, el cual no aumentaba si se eliminaba alguno de los ítems.

Los coeficientes de correlación ítem-total corregidos fueron superiores a $1 / \sqrt{k}$ (Tabla 17).

Tabla 17. Correlación ítem-total corregidos y Alfa de Cronbach si se elimina el elemento

	Correlación total de elementos corregida		Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	
	AESFA ^a	AESFAv2 ^b	AESFA	AESFAv2
Las cosas se hacen de una forma establecida	,490	,372	,853	,867
Se da mucha importancia a cumplir las normas	,432	,322	,853	,869

Tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal	,492		,853	
El dinero se administra de manera cuidadosa	,492	,336	,854	,868
Se valora la realización de actividades intelectuales.	,377	,372	,853	,868
Acudimos a actividades culturales.	,340		,854	
Nos informamos de lo que pasa en nuestro alrededor	,372	,272	,853	,869
Nos sentimos comprendidos por los demás	,492		,850	
Cuando tengo un problema puedo comentarlo	,576	,529	,849	,862
Nos apoyamos realmente los unos a los otros	,654	,568	,851	,861
Nos ayudamos los unos a los otros	,615	,585	,853	,861
Realmente nos llevamos bien unos con otros	,623		,851	
Confiamos los unos en los otros	,607		,851	
Tenemos mucho espíritu de grupo	,677	,643	,848	,858
En las decisiones importantes participamos todos	,658	,649	,852	,858
Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo	,609	,553	,852	,861
Nos sentimos orgullosos de nuestra familia	,634		,854	
Cada uno cumple sus obligaciones	,577		,852	
Cada cual tiene claro lo que tiene que hacer	,570		,851	
Aceptamos y cumplimos las reglas establecidas	,651		,850	
Nos comunicamos sin rodeos	,652	,641	,848	,858
Somos flexibles a la hora de organizarnos en casa	,559	,521	,852	,862
Sabemos claramente quien tiene la autoridad	,535		,854	
Tenemos cubiertas las necesidades básicas	,440	,307	,853	,868
Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura	,405	,308	,855	,868
Nos cuidamos unos a otros	,679	,651	,854	,860
Sabemos cómo obtener ayuda de instituciones públicas	,305	,276	,853	,871
Sabemos a dónde dirigirnos para buscar ayuda profesional	,294		,851	
Sabemos cómo acceder a los servicios municipales	,311	,280	,853	,870
Sabemos qué hacer cuando tenemos un problema de salud	,336	,374	,852	,867

Valoramos tener hábitos saludables	,321	,294	,851	,869
Nos preocupamos por mantenernos sanos	,419	,373	,852	,867
Nos anticipamos a los problemas para prevenirlos	,448	,417	,851	,866
Estamos satisfechos con nuestra vivienda	,409		,854	
Consideramos suficientes nuestros recursos	,366	,321	,853	,869
Contamos con gente que nos eche una mano si lo necesitamos	,358		,854	
Si es necesario nos organizamos de otra manera	,610		,851	
No se deciden soluciones sin contar con toda la familia	,591	,531	,852	,862
Nos enfrentamos a los problemas para solucionarlos	,696		,849	
Intentamos conocer las causas de los problemas	,629		,851	
Tratamos de informarnos de las posibles soluciones	,640		,852	
Estamos atento a los problemas que puedan afectarnos	,615		,850	

^a Criterio $1 / \sqrt{k} < 0,15$; ^b Criterio $1 / \sqrt{k} < 0,20$

Fuente: elaboración propia

Análisis test-retest

El resultado de este análisis fue de 0,89 ($p < 0,001$, 95% CI 0,87-0,90) (Tabla 18)

Tabla 18. Resultados del análisis test-retest para la escala AESFAv2.

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig
Medidas únicas	0,253 ^a	0,221	0,290	9,137	310	7130	0,000
Medidas promedio	0,891 ^c	0,872	0,907	9,137	310	7130	0,000

Modelo de dos factores de efectos mixtos donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C que utilizan una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

Fuente: elaboración propia

Análisis de la utilidad

Finalmente, describiendo los aspectos anteriormente referidos en cuanto a la utilidad, el instrumento AESFAv2 (de manera independiente y sin otros cuestionarios en la misma entrevista) precisaría de un tiempo de aplicación de la escala de alrededor de 2-3 minutos; sin necesitar disponer de alguna condición especial para su aplicación; la persona responsable de su aplicación no necesita entrenamiento específico más allá de la lectura y comprensión del constructo y sus factores (teniendo en cuenta que la escala es autoadministrada); y que está formada por frases cortas con cinco opciones de respuesta desde casi siempre hasta casi nunca codificadas de 0 a 4, haciendo un sumatorio total (en tiempo estimado de 1-2 minutos) que indicará mayor percepción de salud familiar a mayor puntuación.

DISCUSIÓN

El presente trabajo se desarrolló con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas de la escala AESFAv2 (versión 2 o modificada) en términos de validez, confiabilidad y utilidad (Sánchez & Echeverry, 2004). De este modo, se ha tratado de contribuir en la comprensión de los procesos familiares y al desarrollo de instrumentos válidos para evaluar el estado de salud familiar.

De acuerdo a Stanhope & Lancaster (2001), la evaluación de la familia se considera la piedra angular de las intervenciones de enfermería familiar y se utiliza de manera sistemática para la identificación de las etapas de desarrollo y los factores de riesgo de la familia. Para apoyar a esta evaluación, es crucial disponer de herramientas de valoración que permitan la identificación de aquellos factores de riesgo o problemas, que puedan desembocar o generen alteraciones en el estado de salud familiar (Camargo Hernández & Pabón Varela, 2017), para lo cual podría ser útil la escala AESFAv2. Las escalas de evaluación familiar son herramientas creadas e interpretadas por profesionales, por tanto, es importante tener en cuenta el objetivo de la recogida de datos, así como la importancia que le atribuye el profesional en el proceso de atención, de qué otras fuentes puede recoger información complementaria, y la forma en que posteriormente integrará o gestionará todos los datos recogidos. Tener claro qué se quiere evaluar y cómo hacerlo cuando se trabaja con familias, proporcionará información realmente relevante, por tanto, es importante decidir qué escala de evaluación sería la más oportuna (Rodríguez & López, 2015).

En este sentido, la escala AESFA obtuvo resultados adecuados en cuanto validez (estructura factorial y de criterio convergente), confiabilidad (fiabilidad mediante α de Cronbach y fiabilidad test-retest) y utilidad, del modo que pasamos a discutir a continuación.

Análisis factoriales

Otros estudios utilizaron también el análisis de factores principales mediante análisis exploratorios y confirmatorios en el desarrollo y validación de sus instrumentos. En el caso de Balluerka & Gorostiaga (2012), también se llevó a cabo un análisis de componentes principales de la versión extensa de la escala y análisis factorial exploratorio en primer lugar. Un segundo estudio se realizó con el objetivo de validar empíricamente dicha versión mediante análisis factorial confirmatorio, en segundo lugar, se estudió su fiabilidad y, finalmente, se analizó su validez a través de la relación existente entre el constructo evaluado por la escala y un conjunto de variables de referencia. Por su parte, en el caso de Cumsille et al. (2014), además de los análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, añadieron el análisis de estabilidad temporal de la escala.

En el presente trabajo, fueron probados un modelo de partida y tres modificaciones de la escala AESFAv2 guiados por los resultados estadísticos y respetando las bases teóricas del modelo. Tras las últimas medidas examinadas en el análisis factorial confirmatorio podemos tomar la decisión de rechazar el modelo factorial propuesto, ya que no se ajusta a los datos observados (Costa, 2019; Tabachnick & Fidell, 2019; Xia & Yang, 2019). La opción de seguir suprimiendo ítems no sería apropiada mediante este método dado que aquellos respetados en los modelos modificados correlacionaron de forma significativa y adecuada con su factor, y se podría perder riqueza dejando a algún factor con ítems poco representativos de lo que se mide. Una de las críticas más comunes al AFC se basa en que frecuentemente los investigadores tratan de incluir modificaciones en el modelo bajo la observación de que mejoran el ajuste, pero menospreciando la base teórica sólida que debe apoyarlo (Herrero, 2010). Como resultado, los modelos presentados tienen una probabilidad bajísima de replicación en muestras distintas a aquella en la que se basó su estimación. Sólo en los casos en que las modificaciones puedan apoyarse teóricamente es adecuado desarrollarlos.

Se puede asumir que el instrumento AESFAv2 carece de validez de constructo según la técnica del AFC. De este modo, se planteó un nuevo análisis exploratorio que arrojará una propuesta en la distribución de los ítems más adecuada a posteriori (Herrero, 2010).

De acuerdo a Jeromy Anglim, coordinador del Grupo de Usuarios del programa R de Melbourne, miembro del Equipo de ciencia de datos en la Universidad de Psicología y Estadística de Deakin (Australia), con experiencia en análisis factoriales, y con numerosas publicaciones académicas sobre estadística, recomienda que cuando un análisis factorial confirmatorio no consigue ajuste, se debería volver al exploratorio, que ayudará a identificar los posibles problemas en el modelo planteado (Anglim et al., 2020; Anglim, 2018, 2020). Debe mencionarse, como se indicó en la introducción de este trabajo, que anteriormente no se había realizado análisis factorial exploratorio de la escala AESFA completa, sino de sus 5 factores principales de manera independiente (Lima-Rodríguez et al., 2012), por lo que podría ser este el punto que justifique volver a un análisis factorial que abarque la totalidad de los ítems en conjunto. Aunque en la literatura se indica que para proceder al AFC se podría partir de la revisión bibliográfica de los ítems principales (Costa, 2019), de acuerdo a Anglim (2018) el AFC de instrumentos completos podría ser prematuro sin un exploratorio previo, y procediera por tanto realizar el AFE aquí desarrollado, junto al resto de análisis que dan fuerza a la validez de la escala.

En nuestro caso, los resultados apoyan la estructura de 24 ítems redistribuidos en cinco factores que conforman el constructo salud familiar, con índices estadísticos adecuados (Tabachnick & Fidell, 2019). Estos factores representarían los constructos asociados a la salud familiar, debiendo interpretar conceptualmente las modificaciones sugeridas por los índices estadísticos respecto a las dimensiones inicialmente propuestas por el modelo de partida. Teóricamente las dimensiones de la salud familiar están interrelacionadas entre sí, lo que podría ayudar a interpretar estos cambios de cara a la mejora del modelo.

De los cinco factores iniciales (clima familiar, integridad familiar, funcionamiento familiar, resiliencia familiar y afrontamiento familiar), los cambios propuestos se basan tanto en los resultados estadísticos como en las bases conceptuales del instrumento para renombrar los factores resultantes, como pasamos a discutir a continuación.

En base a la nueva estructura factorial propuesta de acuerdo con los análisis estadísticos, el *clima familiar* mantiene la mayoría de los ítems iniciales, aunque parece dividirse en dos aspectos: uno más relacionado con factores internos o normativos y otro con factores externos o de crecimiento y desarrollo de sus miembros. El componente normativo del clima familiar identificado, se relaciona con las normas o el sentido de moral en la familia, de este modo, con unas normas claras, una moralidad correcta, y una línea de autoridad bien establecida, se favorece la estabilidad del sistema y el desarrollo de los miembros (Margalit, 1990), bases de un clima familiar adecuado.

Dentro de esta dinámica normativa, los ítems “Tenemos cubiertas las necesidades básicas” y “Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura”, representarían además aspectos básicos para favorecer el desarrollo y crecimiento de los miembros familiares, en condiciones positivas, como individuos. Otros autores (Maguiña & Meza, 2017; Zapata-Posada et al., 2018) destacan también las posibles relaciones entre las condiciones socioeconómicas de la familia, que permitirían cubrir estas necesidades básicas, y los aspectos del clima social familiar.

En relación a los factores externos o de crecimiento y desarrollo de sus miembros, el clima social familiar es crucial en su desarrollo intelectual al favorecer ambientes que promuevan la educación y el interés por las situaciones o vivencias que puedan representar oportunidades para formarse o crecer en este sentido (Díaz-Roque & Ynfantes-Celis, 2016; Valenzuela-Jaime & Murillo-Antón, 2020).

Por su parte, “[260108] Mantiene el hogar limpio”, “[260125] Fomenta actividades que estimulan la madurez”, y “[260126] Fomenta el aprendizaje permanente” figuran como indicadores del criterio de resultado de enfermería “[2601] Clima social de la familia”,

resaltando definitivamente la importancia de los procesos de implicación de los miembros en las elecciones que afecten a nivel de grupo, en el hogar, y en el desarrollo de sus miembros (Moorhead et al., 2018).

En la *integridad familiar*, la reestructuración de los ítems “Cuando tengo un problema puedo comentarlo” y “Nos comunicamos sin rodeos”, puede justificarse conceptualmente apoyándonos en la clasificación de intervenciones enfermeras, donde en la intervención “Estimulación de la integridad familiar”, una de las actividades que favorecería dicha integridad es “Facilitar la comunicación abierta entre los miembros de la familia”. Del mismo modo, la inclusión de “No se deciden soluciones sin contar con toda la familia”, y “Nos cuidamos unos a otros”, ponen en valor los aspectos de armonía, confianza, comprensión, intimidad, relaciones positivas y de cuidado entre los miembros familiares, que definen las actividades que favorecerían una adecuada integridad familiar (Butcher et al., 2018). Así, la integridad familiar hace referencia al sentido personal de conexión, continuidad y pertenencia a una familia, existiendo una identidad familiar única en cada grupo, donde el componente dinámico de dar y recibir está presente en las expresiones de cuidado y preocupación por los miembros de la familia, y en la búsqueda constante de su bienestar (Acero et al., 2017; Scabini & Manzi, 2011). Representa también el grado de unión entre los miembros, incluye la vinculación mediante valores como lealtad, solidaridad, respeto y honestidad (Jarana-Díaz et al., 2020).

En lo referente a la *resiliencia familiar*, conceptualmente, saber contar con los recursos comunitarios como serían las instituciones públicas, la ayuda profesional de diferentes tipos o el poder identificar los apoyos disponibles en el entorno donde la familia desarrolla su vida, se entienden como recursos externos al núcleo de la familia, como aquellos que procederían de ambientes diferenciados al propio sistema familiar. Por su parte, el interés por adoptar conductas de promoción de hábitos saludables, favorecerá el mantenimiento de la salud de los miembros de la familia, siendo cruciales su promoción

desde las primeras etapas de la vida de cada individuo (Varela et al., 2018). Este hecho explica que ambos ítems se vinculen entre sí, relacionándose con los recursos para que la familia consiga sobreponerse a los retos con más éxito, al contar con individuos saludables y capaces en sentido físico y/o mental. En efecto, la salud se relaciona con los estilos de vida, por lo que debe considerarse como un proceso dinámico de naturaleza social y no solo individual, integrando al conjunto social familiar (Reyes et al., 2010). El factor familiar es el principal recurso, así como el más eficaz, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que percibe el individuo frente a todas las contingencias a lo largo del ciclo vital (Louro, 2003).

Así, la resiliencia familiar se refiere a los mecanismos protectores que permiten a la familia sobreponerse y fortalecerse ante los factores estresantes o las crisis (Oh & Chang, 2014), relacionándose con aspectos externos o más a nivel comunitario y del entorno social donde la familia vive, y otros relacionados con la salud.

La reestructuración a la conformación inicial de ítems del *funcionamiento familiar* hacia aquellos agrupados en clima e integridad familiares podría entenderse desde su multidimensionalidad, de acuerdo a Zhang (2018), que defiende esta idea, y que se pueden encontrar similitudes en las distintas definiciones del constructo en la literatura, por ejemplo, la consideración de los roles, adaptabilidad, comunicación/ expresividad y los aspectos de cohesión.

El concepto de funcionamiento familiar ha sido ampliamente estudiado, sin embargo, las definiciones conceptuales y operativas del mismo difieren entre los estudios, lo cual limita la capacidad de comparar y sintetizar los hallazgos respecto al concepto (Zhang, 2018). En el actual análisis, el funcionamiento familiar se refiere a la organización de los procesos familiares para mantener un entorno protector y satisfacer las necesidades, e incluye el desempeño de roles y reglas, las relaciones y la comunicación de la familia. De acuerdo a Gallego (2011), este desempeño o la dinámica familiar representan los encuentros entre subjetividades determinados por normas, límites y roles que regulan

las relaciones familiares, las cuales permitirían la sana convivencia y la armonía en el grupo. En esta versión reducida del instrumento AESFA, la reestructuración de ítems ha permitido comprender que este funcionamiento familiar podría pasar a valorarse con otros instrumentos específicos existentes para el mismo, como por ejemplo la escala FACES (Martínez Pampliega et al., 2006), que también hemos utilizado en este trabajo.

Por su parte, en el *afrontamiento familiar* inicial, excepto uno de los ítems (valorado en la nueva versión en integridad), el resto obtuvieron cargas factoriales cruzadas a los factores de resiliencia familiar y clima social familiar. Se hace interesante discutir este aspecto ya que se explica al entender que la forma de afrontar los problemas, especialmente cuando es positiva o funcional, representa una fortaleza o un recurso que facilitaría prevenir sus posibles consecuencias, y en sentido contrario, la anticipación también es valorada como una forma de afrontamiento (Gibbons & Groarke, 2018).

Formas negativas de afrontamiento como la negación o evitación, podría llevar a desarrollar un afrontamiento inefectivo que altere la salud familiar (Lima-Rodríguez et al., 2018), mientras que otros modos más activos como anticiparse, o positivos como vivir el presente, o enfrentarlos con energía podría ayudar a la adaptación psicosocial de las dificultades familiares (Chukwu et al., 2019; Navarta-sánchez et al., 2017). Las familias que demuestran sistemas de valores y creencias más optimistas o esperanzadoras al afrontar los problemas son más resilientes (Chukwu et al., 2019), lo que apoyaría esta relación tan estrecha entre estos aspectos.

De acuerdo a Canelo-Dávila (2019), los reajustes y modificaciones que se realizan en los modelos de partida en el AFE, dirigidos a identificar una mejor adecuación de la escala de medida, pueden enfocarse de diversas formas. Se puede optar por respetar en cada dimensión aquellos ítems que presenten cargas factoriales más altas, valorar una reagrupación de ítems de acuerdo a criterios estadísticos, o renombrar las dimensiones de partida. Todo esto dependerá de cada investigador puesto que, en definitiva, se debe tener siempre presente el aspecto cualitativo teórico de cada modelo.

Otros estudios utilizaron también el AFE para analizar la validez de constructos relacionados con la familia, como fueron la resiliencia familiar con el Cuestionario revisado de resiliencia familiar de Walsh, con una muestra de supervivientes de accidente cerebrovascular y sus cuidadores familiares en la República Popular de China (Li & Li, 2021), el clima de salud familiar con la versión persa de la Escala de clima de salud familiar en una muestra de familias iraníes (Kharazmi et al., 2020), la estabilidad familiar con el cuestionario multidimensional sobre estabilidad familiar también para poblaciones iraníes de (Pourmovahed et al., 2018), o los comportamientos de salud familiar relacionados con la obesidad en familias brasileñas con niños de 5 a 12 años de edad (Tweedie et al., 2021).

En nuestro estudio, la utilización de criterios estrictos en los análisis para retener elementos permite que aquellos que fueron seleccionados sean los que más contribuyen o representen al concepto evaluado. Resulta importante señalar que los análisis aquí realizados y expuestos, constituyen tan sólo algunos de los que se pueden llevar a cabo en el desarrollo de los procesos de validación de instrumentos de evaluación. La validación de un instrumento es un proceso abierto que va completándose mediante la acumulación de evidencias que apoyen la validez de ese instrumento, y tales evidencias pueden provenir de estudios desarrollados con distintas muestras y en diferentes contextos y momentos temporales (Balluerka & Gorostiaga, 2012). En este sentido sería interesante desarrollar en el futuro estudios que abordaran el análisis factorial confirmatorio de la escala AESFAv2, así como aquellos dirigidos a establecer posibles puntos de corte.

Análisis de criterio convergente

Al igual que en el presente trabajo, otros investigadores correlacionaron también sus constructos en validación con otras medidas de constructos relacionados conceptualmente, previamente comprobada su fiabilidad α de Cronbach, como por

ejemplo Merchant et al. (2017). En otra publicación actual, utilizaron también el análisis de criterio convergente, junto a las pruebas de fiabilidad α de Cronbach y análisis factorial exploratorio, como el desarrollado por Navarro-Prado et al. (2020). Sin embargo, en su método, equipara validez “convergente” y “concurrente”, aunque como hemos especificado en el marco teórico, son aspectos distintos con diferentes requerimientos (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015; Sánchez & Echeverry, 2004; Villavicencio-Caparó et al. 2016).

En nuestro estudio se analizó la validez externa convergente a través del coeficiente de correlación de Pearson, determinando su correlación con APGAR Familiar y FACES por ser dos escalas que presentan determinadas similitudes al medir la funcionalidad familiar la primera y la adaptabilidad y cohesión familiar la segunda. La escala AESFAv2 correlacionó significativamente con ambos instrumentos con tamaño de efecto grande, pudiendo ser indicativo de que comparten ciertas similitudes, debido a que APGAR Familiar (Suarez & Alcalá, 2014) y FACES (Martínez Pampliega et al., 2006) se centran básicamente en la adaptabilidad, colaboración, crecimiento, afecto, capacidad resolutiva, flexibilidad familiar y cohesión familiar.

Análisis de fiabilidad mediante α de Cronbach de AESFAv2

Un estudio utilizó la escala AESFA de 42 ítems para valorar la autopercepción del estado de salud familiar en una muestra de familias en Bucaramanga (Colombia), pero no indicó resultados referidos a la fiabilidad (Laguado-Jaimes & Caballero-Díaz, 2016). Recientemente se ha localizado otro trabajo que aplicó una modificación de la escala AESFA en una muestra de 55 estudiantes de la Universidad de los Llanos (Colombia) (Rodríguez-Garzón et al., 2020), pero no ofreció resultados de fiabilidad. Finalmente, se localizó un trabajo de tesis desarrollado en Sevilla (España) (Jiménez-Picón et al., 2015), aunque tampoco detalló qué validez se obtuvo en su muestra; ni otro trabajo en Arequipa (Perú), con una propuesta de grupos de puntuación (de la Torre-Mamani,

2017). Por tanto, no podemos comparar resultados en lo referente a fiabilidad α de Cronbach con estas investigaciones. En el presente trabajo, los resultados respecto a la consistencia interna de las escalas AESFA y AESFAv2 resultaron adecuados, lo cual es positivo y se espera poder comparar estos datos con futuras investigaciones, resaltando la importancia de tener en cuenta el aspecto de fiabilidad cuando se administran instrumentos de valoración en cada investigación con muestras determinadas.

Análisis de test-retest

La estimación de la estabilidad con la técnica del test-retest para la escala AESFAv2 se estableció en un intervalo máximo de dos semanas, aunque como se ha señalado anteriormente, no se ha determinado criterio común a la hora de establecer este intervalo, existiendo otras investigaciones con diferentes tiempos, variando el número de participantes y los instrumentos utilizados. Kiriake & Moriyama (2016), para el retest de la escala Partnership Scale for Primary Family Caregivers Caring for Patients With Dementia, que valora de manera integral la capacidad de los cuidadores principales de familiares con demencia en Japón, utilizaron un intervalo de 1 semana, con 50 participantes de los 261 de partida. Pourmovahed et al. (2018), en el retest del Family Stability Questionnaire, dirigida a valorar la estabilización familiar en parejas casadas de Irán, utilizaron un intervalo de dos semanas, aunque no especificaron si participaron el total de las 135 parejas de su estudio. Por su parte, Hammer et al. (2018), para su estudio de validación de la Mental Help Seeking Attitudes Scale, diseñada para valorar la evaluación general de los encuestados (desfavorable frente a favorable) de su búsqueda de ayuda de un profesional en salud mental, utilizaron un intervalo de tres semanas, con 207 participantes de los 857 de partida. Todos ellos informaron de resultados favorables para el retest de su prueba.

Localizamos un estudio que indicó índices de mala fiabilidad test-retest dentro de un rango (0,35–0,87 o 0,01–0,90), para pruebas que valoran el control sensoriomotor

cervical (Michiels et al., 2013). Proponen como posibles motivos para ese índice, la variabilidad en el instrumento elegido, en la situación del objeto a valorar, la cantidad de ensayos o las instrucciones utilizadas. En nuestro estudio, la aplicación del mismo formato de cuestionario, con las mismas instrucciones, en situaciones similares, y valorando la cantidad de agentes estresantes dentro del rango de tiempo establecido, podría haber permitido la no existencia de factores que pudieran afectar negativamente a la fiabilidad temporal de la escala AESFAv2. Como también apuntan (Hermsen et al., 2016), la consideración de factores confusores es importante en este tipo de análisis. Por tanto, con una buena fiabilidad test-retest, podría valorarse la utilización de la escala AESFAv2 en la práctica clínica con familias para valorar la efectividad de posibles intervenciones realizadas en el sentido de mejoras en la autopercepción de la salud familiar de las familias atendidas.

Análisis de utilidad

Se localizaron otros estudios en la literatura que afirmaban evaluar el aspecto de *utilidad* en sus instrumentos de medida, pero no especificaron qué aspectos se valoraron o la forma de hacerlo (Pinto et al., 2015), lo hicieron comparando su escala con los resultados existentes de otro instrumento (Jordan et al., 2011; Sacha-Cordiano et al., 2008), o valorando los resultados de una administración repetida posterior en el tiempo y comparando grupos (Jordan et al., 2011). Por tanto, en ocasiones podría ser confusa la forma de valorar la utilidad, confundiéndola con otras características como la validez, o haciendo un abordaje superficial. Es importante contar con una base de referencia para conocer qué se debe tener en cuenta a la hora de profundizar en los distintos aspectos en la validación de instrumentos.

La escala AESFAv2, aplicada de manera individual, mostró buenas características en lo referido a su utilidad. Siguiendo a Sánchez & Echeverry (2004) en lo referido a la utilidad de instrumentos, para este punto buscamos responder a las preguntas de ¿Se

aplica en un intervalo de tiempo razonable?, ¿Se necesita entrenamiento?, ¿Su calificación es fácil? De acuerdo a estos autores, la versión breve aquí desarrollada representaría un aspecto positivo ya que, cuanto *más corto sea el instrumento y menos tiempo* se precise para efectuar la medición, mejor. Además, la ausencia de entrenamiento específico para los entrevistadores (siendo autoadministrada) facilitará su aplicación en condiciones reales, habiéndose favorecido también un algoritmo de calificación sencillo.

Limitaciones y fortalezas del estudio

Entre las limitaciones pudiera considerarse el que haya sido un solo miembro de la unidad familiar el que respondiera a los cuestionarios, aunque este tipo de práctica suele ser habitual cuando se recurre al estudio de unidades familiares, corroborando otros autores que es preciso un miembro en representación de la opinión general de la familia (De la Revilla et al., 1991; Marcela et al., 2006). Investigaciones previas (Astedt-Kurki et al., 2009; Åstedt-Kurki et al., 2002; Misto, 2019), también sugieren que, al considerar a la familia como una unidad completa, los miembros individuales conforman la base del núcleo, por lo que un miembro puede proporcionar datos agregados en nombre de la familia.

Otros autores argumentan en diferente sentido, ya que, según la teoría de construcción social (Hoffman, 1990; Paikoff, 1991) las interacciones dentro de cada unidad familiar toman forma y significado gracias a las percepciones de cada miembro de dicho grupo, pudiendo de este modo afectar a la salud familiar (LaRossa & Reitzes, 1993; Paikoff, 1991). Se podrían tener en cuenta estos aspectos en futuros estudios si se deseara analizar los hallazgos con respecto a las visiones de distintos miembros de la unidad familiar, diferenciando por edad, sexo o rol en la familia, por ejemplo. El protocolo en el diseño de este estudio, y de los cuestionarios utilizados, ha podido matizar estos

riesgos, posibilitando la obtención de información significativa y comparable entre los distintos participantes en el estudio (Cea, 2009).

Mediante los criterios de exclusión se expresó que no debiera participar aquellas personas con alguna barrera idiomática, que podría provenir por provenir de otro país y con ello pertenecer a otra cultura. Encontramos apoyo en Die Trill (2003), que argumenta cómo la percepción de los procesos de salud-enfermedad, así como el concepto de diferentes realidades, se ve influenciado por la cultura del individuo. Si tenemos esto en cuenta, familias con diferente cultura a la española, podrían tener diferentes conceptos de familia, salud familiar, desempeño de roles, criterios organizativos dentro del grupo, comportamientos sociales, o redes de apoyo. Todo ello hace que la valoración del grupo requiera de otros procedimientos, así como adaptar los instrumentos utilizados según la cultura o herramientas validadas en cada país o grupo poblacional.

Por otro lado, en lo que se refiere a la recolección de datos mediante encuestas puede tener sesgo de deseabilidad, al responder los encuestados aquello que se considera más adecuado, positivo o esperable, lo que se intentó minimizar por encuestadores entrenados que crearon un clima de confianza con el entrevistado y explicando la no existencia de respuestas correctas o incorrectas.

Un sesgo habitual es el «error de tendencia central», es decir, la tendencia a elegir entre las diferentes opciones de respuesta, las centrales. Otro sesgo también frecuente es el de «deseabilidad social», que se produce cuando se responde en función de lo que se considera socialmente aceptable. El «sesgo de aprendizaje o de proximidad» induce a contestar de forma similar a las respuestas anteriores. El «error lógico» se produce cuando el encuestado considera que todos los ítems relacionados deben puntuarse igual. Finalmente, hay que tener siempre en cuenta la redacción del cuestionario (evitando las preguntas de comprensión dudosa, preguntas dobles...), el orden de las preguntas o de las categorías de respuesta (irradiación de respuesta) y el formato, en cuanto que puede

impedir el registro adecuado de la información. Todo ello puede introducir sesgos en la recogida de la información (Martín, 2004).

La validez de criterio concurrente no se pudo realizar debido a la inexistencia de otro instrumento considerado patrón de oro a nivel nacional que midiera el mismo constructo aquí abordado. De este modo se optó por examinar la validez convergente con otras escalas similares, encontrando buenos resultados.

A pesar de las limitaciones, este estudio ha permitido determinar las propiedades psicométricas la Escala de Autopercepción del Estado de Salud Familiar en su versión modificada y reducida, en términos de validez, confiabilidad y utilidad, en familias de la provincia de Sevilla. No existía previamente en nuestro medio otra herramienta diferente a la que aquí se aborda, que valorase el estado de salud de las familias en población general y de manera global. El papel de la familia y su valoración como «unidad de atención» sigue siendo reclamado y necesita de estudios que destaquen su importancia, situación que tiene su origen tanto en condicionantes conceptuales e ideológicos como en la escasez de instrumentos de medida validados de la atención a la familia y, probablemente, a una serie de condiciones que dificulten su utilización (De la Revilla, 2007).

El tamaño de la muestra utilizado en este estudio es superior a las recomendaciones en estudios previos para estabilizar las respuestas a cada uno de los ítems y para el desarrollo de los análisis realizados (Carretero-Dios & Pérez, 2005). El cumplimiento de este aspecto da potencia y solidez al proceso de validación (Boomsma & Hoogland, 2001; Morales Vallejo, 2006). Además, en nuestro estudio la elección de un intervalo máximo de dos semanas resultó adecuado para la estimación y arrojó resultados adecuados.

Queremos resaltar el valor que podría representar esta herramienta en el trabajo con familias. Como destacan Reluz-Barturén & Palacios-Alva (2021) en su reciente estudio,

se ha venido olvidando el abordaje de la salud familiar, en especial desde la perspectiva preventiva y la educación emocional, desde hace años y en situaciones tan críticas como la actual pandemia. Se ha de recapacitar que, de acuerdo también a estos autores, la salud familiar se ha venido abordando desde una visión individualista, y enfocada en determinados grupos de población, como por ejemplo los hijos (niños y adolescentes), o personas con necesidades especiales; pero no se ha hecho a partir de una visión integrada de la propia unidad familiar como objeto de atención, desatendiendo su importancia.

En su revisión de literatura (Martínez-Montilla et al., 2017), propusieron conocer qué relación existía entre las estrategias de afrontamiento familiar y la salud familiar. Concluyeron que las situaciones vitales estresantes podrían alterar el equilibrio familiar, destacando la importancia de desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas. Además, comprender la repercusión de los agentes estresantes en la salud familiar, lo cual podría estar apoyado en la utilización del instrumento aquí analizado, permitiría promover estrategias de promoción de la salud dirigidas a conseguir la adaptación familiar a dichas situaciones.

Prospectiva e implicaciones prácticas

Aportaciones al cuerpo de conocimiento enfermero

Con este trabajo, hemos pretendido también aportar clarificación de los conceptos más significativos en la salud familiar, así como de las teorías e instrumentos disponibles. Teniendo en cuenta el papel fundamental de los profesionales de enfermería en el cuidado de los individuos que integran la sociedad, su cercanía con el paciente y familia, y continuidad en todo el proceso asistencial, es de suma importancia el papel de estos profesionales en el ámbito de la salud familiar, pues se dirigirán a brindar

cuidados de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Pérez-Giraldo, 2002).

En este ámbito, los cuidados prestados por las enfermeras pueden estar dirigidos a la familia como contexto, la familia en su conjunto, la familia como sistema o la familia como componente de la sociedad. La escala AESFAv2 está construida apoyada en un modelo enfermero, hecho necesario en todo abordaje familiar por parte de la enfermera, para favorecer la síntesis de datos, identificar las fortalezas y problemas familiares, y poder esquematizar un adecuado plan de intervención (Graça-Henriques & de Jesus-Santos, 2019). En este sentido, la escala AESFA podría apoyar a la enfermera en su trabajo con familias, así como a profesionales afines, en la identificación de áreas susceptibles de intervención, incluyéndose en entrevistas más amplias y con distintos abordajes.

Podría utilizarse para hacer una valoración del estado de salud familiar base, e identificar aquellas áreas susceptibles de diagnóstico e intervenciones enfermeras, apoyadas en las taxonomías específicas del área como son los Diagnósticos enfermeros (Herdman et al., 2021), Criterios de resultados enfermeros (Moorhead et al., 2018), y las Intervenciones enfermeras (Butcher et al., 2018). Identificando los factores que requieran intervención según el caso, se podrían programar criterios de resultados esperados, así como intervenciones.

Por ejemplo, si el área susceptible de intervención es el Clima social familiar, se podría establecer criterio de resultado [2601] Clima social de la familia, mediante las intervenciones [5480] Clarificación de valores o [2204] Relación entre el cuidador principal y el paciente. En el caso de la integridad familiar, se plantearía el criterio de resultado [2603] Integridad de la familia, mediante las intervenciones [7100] Estimulación de la integridad familiar o [5020] Mediación de conflictos. En el caso de la resiliencia familiar, se buscaría el criterio de resultado [2608] Resiliencia familiar, a través de las intervenciones [8340] Fomentar la resiliencia o [5440] Aumentar los

sistemas de apoyo. Para las otras dos dimensiones valoradas inicialmente en la escala de 42 ítems, el funcionamiento familiar tiene el criterio de resultados enfermero [2602] Funcionamiento de la familia, a trabajar con las posibles intervenciones [5370] Potenciación de roles y [7130] Mantenimiento de procesos familiares. Finalmente, para el afrontamiento familiar se podría plantear el criterio de resultado [2600] Afrontamiento de los problemas de la familia, mediante las intervenciones [5230] Mejorar el afrontamiento y [7120] Movilización familiar (Butcher et al., 2018; Elsevier, 2021; Herdman et al., 2021; Sue Moorhead et al., 2018)

De acuerdo con la propuesta de Ramson y Vandervoort citados por De la Revilla (2007), situando a la familia como una unidad integral de atención, se acepta que los procesos psicosociales y emocionales no pueden diagnosticarse ni tratarse sin evaluar la situación de la familiar, del mismo modo que el abordaje de las enfermedades crónicas requiere de la participación y el apoyo familiar, o que ante situaciones de crisis sólo un enfoque familiar permitirá dar una respuesta correcta para comprenderlos y resolverlos. La enfermería como ciencia siempre ha tratado de pensar en la familia y abordarla como sujeto de cuidados, de este modo, la enfermería de salud familiar surgió con este objetivo.

Según Louro & Pría (2008), el trabajo con la familia abarca desde el punto de hacerla sana y que se mantenga saludable hasta abordar los problemas de salud del grupo y de sus miembros individuales. La atención a los problemas de la familia en su micro-espacio social contribuye a mejorar la situación de salud familiar y comunitaria. Por tanto, la identificación de sus características y necesidades es fundamental para la atención integral en salud y la estrategia de la Atención Primaria en Salud y para la consecución de la equidad en salud.

La evaluación de la familia en la enfermería familiar ha seguido tradicionalmente un modelo enfermedad-atención. Al contrario, Hartrick et al. (1994) sugieren un enfoque que se base fundamentalmente en la promoción de la salud, perspectiva adoptada por la

OMS. Propone dar énfasis a la ontología de enfermería humanitaria, con un marco que guíe la evaluación con cuatro componentes principales: (a) escuchar a la familia, (b) diálogo participativo, (c) reconocer patrones y (d) prever la acción y el cambio positivo.

Del mismo modo, siguiendo a la Asociación latinoamericana de profesores de medicina familiar (2005), la evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud, y se debe concebir como una práctica elemental para desarrollar intervenciones de prevención de enfermedades y disfunciones, así como de promoción de la salud, determinar diagnósticos y, llegado el caso, proceder al manejo y tratamiento de los posibles problemas encontrados. Así, determinadas circunstancias son especialmente susceptibles de este estudio de la salud familiar, al cual podría apoyar este nuevo instrumento, como son: existencia de problemas de salud mental en algún miembro de la familia (ansiedad o depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos de somatización o duelo patológico), hiperfrecuentación asistencial, incumplimiento de las prescripciones sanitarias, problemas de adicción (alcoholismo, tabaquismo, ludopatía, abuso de psicofármacos), niños con problemas de alimentación o trastornos de la conducta y aprendizaje, crisis y disfunciones familiares, enfermedades congénitas y hereditarias, mal control de enfermedades crónicas, o problemas relacionados con la sexualidad (Asociación latinoamericana de profesores de medicina familiar, 2005; Escuredo & Limón, 2018).

De acuerdo a Astudillo-García et al. (2019), la atención integral con enfoque en salud familiar, se basa en un modelo sanitario que representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, en un proceso de asistencia sanitaria que “se orienta hacia los principales problemas y patologías de orden no sólo biológico, sino psicológico y emocional”. Así, el trabajo de las enfermeras y los equipos de salud consiste en ayudar a la unidad familiar a desarrollar de forma adecuada las funciones específicas de cada etapa del ciclo vital familiar y aquellas que sean necesarias para afrontar situaciones específicas. Conseguir el crecimiento, desarrollo,

individuación e independencia de cada miembro representa uno de los papeles fundamentales de la familia en el mantenimiento global de la sociedad y la colectividad de la especie humana.

Se abren diferentes posibilidades de cara a futuras investigaciones. El instrumento AESFAv2 aquí propuesto es susceptible de ratificación de su validez de constructo mediante análisis factorial confirmatorio, tras haber examinado la distribución de sus ítems a través del análisis exploratorio (Nuviala et al., 2016). Algunos autores indican que en lo referente a la utilidad de un instrumento, podría citarse su costo económico en la aplicación (Luján-Tangarife & Cardona-Arias, 2015), por tanto, podría ser interesante para complementar los resultados aquí presentados, valorar este aspecto en otras investigaciones. Sería interesante también en futuros estudios, utilizar esta herramienta en metodologías longitudinales con estudios pre-post intervención, para analizar los posibles cambios en el estado de salud familiar tras las intervenciones desarrolladas por los profesionales implicados en los cuidados. Del mismo modo, se podría utilizar muestras de diferente procedencia cultural a la aquí utilizada, desarrollando un proceso de traducción y validación transcultural, que permita la comparación de los resultados en distintos ámbitos y lenguajes. Desde otra perspectiva, resultaría enriquecedor desarrollar estudios cualitativos o mixtos que enriquezcan los datos aportados por esta herramienta con aquellos procedentes de entrevistas o grupos focales, entre otros.

En este sentido, sería interesante poder abordar estudios que, partiendo de una aproximación del estado de salud familiar en base a esta escala, complementada con otro tipo de recolección de datos como de vertiente cualitativa que enriquezcan la valoración de las familias, hicieran ya posible desarrollar intervenciones adaptadas a los problemas identificados. La Terapia Familiar Sistémica (TFS) podría ser un posicionamiento útil. Esta terapia viene desarrollándose desde hace más de cincuenta años, basada en un sólido cuerpo teórico y epistemológico (Demicheli et al., citados por Villarreal-Zegarra & Paz-Jesus (2015)), llegando a consolidarse como una herramienta

terapéutica válida y útil en el trabajo con familias (Carr, et al., citados por Villarreal-Zegarra & Paz-Jesus, (2015)), que estén experimentando síntomas y/o problemas de relación. Actualmente incluso, la TFS se está transformando, adaptando y/o reinventando algunos de sus postulados originales por nuevos constructos sistémicos (Linares, Ludewig, White & Epston, citados por Villarreal-Zegarra & Paz-Jesus (2015)), que permiten enriquecer y comprender mejor complejidad de la intervención clínica, en favor del individuo, pareja y/o familia.

Formación

En este punto se hace necesario destacar la importancia de la formación de los profesionales enfermeros que atienden a las familias en su práctica diaria, ya que el trabajo de las enfermeras con la familia exige cada vez más conocimientos científicos específicos, que faciliten comprender los sistemas familiares y su funcionamiento. La carencia de conocimientos de elementos considerados clave para atender correctamente las necesidades de estas familias podría llevar a una intervención inefectiva o incluso contraproducente (Sinche & Suárez, 2006). El cuidar a la familia representa un reto a nivel profesional, ya que cuestionan los esquemas del cuidado. De acuerdo a Pérez-Giraldo (2002), implica “una gran responsabilidad, compromiso, sentido común, creatividad, continuidad en la atención, cuidado integral y trabajo interdisciplinario”. Se precisan de enfermeras con una visión del cuidado amplia, dispuestos a salir de las rutinas habituales de cuidados, más centradas en el individuo, del esquema de que son concedores de todas las necesidades y respuestas, y de que la familia es un sujeto de atención pasivo.

En la investigación de Yamani et al. (2012), se comprueba cómo inadecuados niveles de formación o especialización en el campo de la salud familiar, dificultaría a los profesionales sanitarios responder adecuadamente a los requerimientos de cuidados, al

no poseer las habilidades necesarias en los niveles de planificación, investigación y práctica. Por el contrario, en el estudio de Leão & Caldeira (2011), respalda cómo la formación especializada o residencia, tanto en medicina familiar y comunitaria para médicos, como en salud familiar para enfermeras, tiene un mayor potencial de transformación de los modelos de atención, en función de los atributos de la atención primaria de salud. Ambos trabajos destacan la necesidad de desarrollar programas educativos especializados en familia y salud familiar para abordar adecuadamente a este sujeto de cuidados, conociendo las teorías en las que se basaría esta atención, así como los procesos de evaluación e intervención más adecuados.

En este ámbito, además, merece recalcar que, aunque la escala AESFAv2 está basada en un modelo enfermero, puede ser útil para otros profesionales afines que trabajen en el ámbito de la atención familia, así como para trabajos colaborativos en los equipos multidisciplinares. De acuerdo a Montanari (2018) y Reeves (2016), la formación profesional ha sido un campo objeto de intensa discusión debido a ser un elemento central en la transformación del trabajo en salud, promoviéndose en diferentes países, la Educación Interprofesional y las Prácticas Interprofesionales Colaborativas (PIC). Las PIC comprenden un proceso dinámico y complejo, en el cual profesionales de diferentes ámbitos trabajan compartiendo sus actitudes, habilidades y conocimientos de manera interdependiente e integrada (Batista & Peduzzi, 2018; Peduzzi & Agreli, 2018). La escala AESFAv2 podría apoyar la valoración familiar en PIC, favoreciendo la calidad y la excelencia en cuidados, entre profesionales del ámbito socio-sanitario.

CONCLUSIONES

1. Los resultados apoyan la estructura de la escala AESFAv2 con 24 ítems, con índices estadísticos adecuados, distribuidos en tres factores que conforman el constructo salud familiar. Los factores sugeridos estadísticamente se interpretan conceptualmente como: factores internos o aspectos normativos y factores externos o de crecimiento y desarrollo del clima social familiar; integridad familiar; y finalmente, recursos comunitarios y factores para el mantenimiento de la salud propios de la resiliencia familiar.
2. Presentó validez de constructo convergente al correlacionar significativamente ($p = 0,01$) con tamaño de efecto grande, con las escalas APGAR familiar ($r = 0,522$) y FACES ($r = 0,660$).
3. La consistencia interna de la escala AESFAv2 evaluada mediante α de Cronbach resultó adecuada ($\alpha = 0,87$).
4. Presentó un adecuado índice de confiabilidad test–retest (CCI =0,89, $p < 0,001$, 95% CI 0,87-0,90)
5. Su utilidad se describe mediante un tiempo de aplicación de la escala de alrededor de 2-3 minutos (de manera independiente), no precisaría de condición especial alguna para su aplicación ni la persona responsable de su aplicación de formación específica más allá de la lectura y comprensión del constructo y sus factores (escala autoadministrada); está formada por frases cortas con cinco opciones de respuesta (casi siempre hasta casi nunca) codificadas de 0 a 4, haciendo un sumatorio total (en tiempo estimado de 1-2 minutos) que indicará mayor percepción de salud familiar a mayor puntuación.

La escala Autopercepción del estado de salud familiar versión 2, reducida, o modificada, se muestra como un instrumento válido para medir la salud familiar presentando una adecuada estructura factorial, con adecuados índices de validez, y al converger de forma significativa con otros instrumentos que valoran constructos afines como son la funcionalidad, cohesión, y adaptabilidad familiares. Contar con un instrumento que engloba al conjunto de los factores que parecen estar relacionados con la salud familiar facilitaría la valoración de la unidad familiar en aspectos implicados en la salud del sistema.

Podemos concluir que este estudio nos ha permitido avanzar en la validación de la Escala de Autopercepción del estado de salud familiar en su versión modificada o reducida. Los resultados son de interés para la disciplina enfermera y otras afines, en la medida en que le permiten disponer de un instrumento que puede resultar útil para la práctica clínica, docencia e investigación. Así mismo, se abren nuevas líneas de investigación para continuar profundizando en la comprensión de la salud familiar y su valoración.

CONCLUSSIONS

1. The results support the structure of the AESFAv2 scale with 24 items, with adequate statistical indices, distributed in three factors that make up the family health construct. Statistically suggested factors are conceptually interpreted as: internal factors or normative aspects and external factors or growth and development of the family social climate; family integrity; and finally, community resources and factors for maintaining health inherent to family resilience.
2. The instrument presented convergent construct validity by significantly correlating ($p = .01$) with large effect size, with the family APGAR ($r = .522$) and FACES scales ($r = .660$).
3. The internal consistency of the AESFAv2 scale evaluated by Cronbach's α was adequate ($\alpha = .87$).
4. The scale presented an adequate test – retest reliability index ($ICC = .89$, $p < .001$, 95% CI .87-.90)
5. Its usefulness is described by an application time of the scale of around 2-3 minutes (independently), it would not require any special condition for its application nor the person responsible for its application of specific training beyond the understanding the construct and its factors (self-administered scale); it is made up of short sentences with five response options (almost always to almost never) coded from 0 to 4, making a total summation (in an estimated time of 1-2 minutes) with a higher score indicating a higher perception of family health.

The scale Self-perception of family health status version 2, reduced, or modified, is shown as a valid instrument to measure family health, presenting an adequate factorial structure, with adequate validity indices, and by significantly converging with other

instruments that assess related constructs such as family functionality, cohesion, and adaptability. Having an instrument that encompasses all the factors that seem to be related to family health would facilitate the assessment of the family unit in aspects involved in the health of the system.

We can conclude that this study has allowed us to advance in the validation of the Family Health Status Self-Perception Scale in its modified or reduced version. The results are of interest to the nursing and related disciplines, insofar as they allow it to have an instrument that can be useful for clinical practice, teaching and research. Likewise, new lines of research are opened to continue deepening the understanding of family health and its assessment.

BIBLIOGRAFÍA

- 51^a Asamblea Mundial de la Salud. (1998). *La salud para todos en el siglo XXI* (p. 65). Organización Mundial de la Salud.
- Acero, Á. R., Cano-Prous, A., Castellanos, G., Martín-Lanas, R., & Canga-Armayor, A. (2017). Family identity and severe mental illness: A thematic synthesis of qualitative studies. *European Journal of Social Psychology*, 47(5), 611–627. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2240>
- Agrela, B., Martín, M. T., & Langa, D. (Eds.). (2010). *Estado de Bienestar y cuidados: entre el modelo familista, la institucionalización y la desnacionalización del cuidado*. Universidad de Alicante.
- Ainsworth, M. D. (1969). *El vínculo afectivo [The affective link]*. Paidós.
- Alberdi, I. (1995). *Informe sobre la situación de la familia en España*.
- Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Grupo Santillana de Ediciones.
- Allen, M., & Warner, M. (2002). A developmental model of health and nursing. *Journal of Family Nursing*, 8(2), 96–135.
- Almeida Souza, R., Da Costa, G. D., Yamashita, C. H., Amendola, F., Correa Gaspar, J., Martins Alvarenga, M. R., Faccenda, O., & De Campos Oliveira, M. A. (2014). Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(3), 469–476. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300012>
- Angelo, M. (2008). The emergence of family nursing in Brazil. *Journal of Family Nursing*, 14(4), 436–441. <https://doi.org/10.1177/1074840708327932>
- Ângelo, M., Szyllit Bousso, R., Mariano Rossato, L., Buchhorn Cintra Damião, E., Oliveira Silveira, A., C Mendes Castilho, A. M., & Pauli da Rocha, M. C. (2009). Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem*, 43(Esp 2), 1337–1341.
- Anglim, J, Morse, G., Dunlop, P. D., Minbashian, A., & Marty, A. (2020). Predicting trait emotional intelligence from HEXACO personality: Domains, facets, and the

- general factor of personality. *Journal of Personality*, 88(2), 324–338.
<https://doi.org/10.1111/jopy.12493>
- Anglim, Jeromy. (2018). *What to do when CFA fit for multi-item scale is bad?*
<https://stats.stackexchange.com/questions/111821/what-to-do-when-cfa-fit-for-multi-item-scale-is-bad>
- Anglim, Jeromy. (2020). *No Title*. Jeromy Anglim's Blog: Psychology and Statistics.
<https://jeromyanglim.blogspot.com/p/jeromy-anglims-academic-publications.html>
- Arbuckle, J. L. (2013). *IBM® SPSS® Amos™ 22 User's Guide*. IBM Corp.
- Argimon Pallas, J. M., & Jiménez Villas, J. (2012). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (6th ed.). Elsevier España, S.L.
- Aries, P., & Duby, G. (Eds.). (1987). *Historia de la vida privada*. Altea.
- Asociación latinoamericana de profesores de medicina familiar. (2005). Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos En Medicina Familiar*, 7(1), 15–19.
- Astedt-Kurki, P., Tarkka, M.-T., Rikala, M.-R., Lehti, K., & Paavilainen, E. (2009). Further testing of a family nursing instrument (FAFHES). *International Journal of Nursing Studies*, 46(3), 350–359. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.01.008>
- Åstedt-Kurki, P., Tarkka, M., Paavilainen, E., & Lehti, K. (2002). Development and Testing of a Family Nursing Scale. *Western Journal of Nursing Research*, 24(5), 567–579. <https://doi.org/10.1177/019394590202400508>
- Astudillo-García, I. del C., Vizcaino-Cevallos, H. D., Bedoya-Romo, M. A., Delgado-López, D. A., Calderón-López, E. E., & Saltos-Montes, P. E. (2019). Importancia de la atención integral con enfoque en salud familiar. *Ciencias de La Salud*, 5(2), 275–297.
- Aylward, G. P., & Stancin, T. (2008). Screening and Assessment Tools. In M. L. Wolraich, D. D. Drotar, P. H. Dworkin, & H. C. Perrin (Eds.), *Developmental-Behavioral Pediatrics. Evidence and Practice* (pp. 123–201). Mosby.
- Badía, X., & Carné, X. (1998). La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Medicina Clínica*, 110, 550–556.

- Balluerka, N., & Gorostiaga, A. (2012). Elaboración de Versiones Reducidas de Instrumentos de Medida: Una Perspectiva Práctica. *Psychosocial Intervention*, 21(1), 103–110. <https://doi.org/10.5093/in2012v21n1a7>
- Barnhill, L. R., & Longo, D. (1978). Fixation and regression in the family life cycle. *Family Process*, 17, 469–478.
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clinica*, 122(Supl 1), 21–27. <https://doi.org/10.1157/13057542>
- Batista, R. E. A., & Peduzzi, M. (2018). Collaborative interprofessional practice in emergency services: specific and shared functions of physiotherapists. *Interface*, 22(2), 1685–1695. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0755>
- Bellón Saameño, J., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J. de D., & Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289–295.
- Benites, L. (1997). Tipos de familia, habilidades, sociales y autoestima en un grupo de adolescentes en situación de riesgo. *Revista de Cultura UPSMP*, 12(1).
- Benítez, M. E. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Revista Novedades En Población*, 13(26), 58–68.
- Berenguer-Gouarnaluses, M. del C. (2015). Determinantes sociales de la salud asociados a la salud familiar. *Dominio de Las Ciencias*, 1(1), 12–17.
- Beyebach, M., & Rodríguez-Morejón, A. (1995). El ciclo evolutivo familiar: crisis evolutivas. In A. Espin, B. Pumar, & M. Garrido (Eds.), *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar*. Promolibro.
- Bojórquez-Molina, J. A., López-Aranda, L., Hernández-Flores, M. E., & Jiménez-López, E. (2013). Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. *Eleventh LACCEI Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology*, 1–9.
- Boomsma, A., & Hoogland, J. (2001). The robustness of LISREL modeling revisited. In R. Cudeck, K. Jöreskog, D. Sörbom, & S. Du Toit (Eds.), *Structural equation*

- modeling: Present and Future. A Festschrift in honor of Karl Jöreskog.* (pp. 139–168). Scientific Software International.
- Borges, J. W., Pinheiro, N. M., & de Souza, A. C. (2012). Hypertension communicated and hypertension understood: nursing know-how and practices in a Family Health Program in Fortaleza, State of Ceará. *Ciência e Saúde Coletiva*, *17*(1), 179–189. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000100020>
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child tied to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, *39*, 350–373.
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (Eds.). (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7th ed.). Elsevier España, S.L.
- Caicedo, C. (2014). Families With Special Needs Children: Family Health, Functioning, and Care Burden. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *20*, 398–407. <https://doi.org/10.1177/1078390314561326>
- Calleja, N., Reskala-Sánchez, F. J., Rivera-Fong, L., & Buenrostro-Mercado, D. (2019). Efecto del número de opciones de respuesta en las propiedades psicométricas de cuatro escalas psicosociales. *Revista de Psicología y Ciencias Del Comportamiento*, *10*(2), 100–113. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20191126-94>
- Camargo Hernández, K. C., & Pabón Varela, Y. (2017). Instrumento de valoración familiar por el modelo de dominios de la taxonomía II de NANDA. *Enfermería Global*, *16*(45), 457–490. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.2227951>
- Canelo-Dávila, C. A. (2019). Critical factors of the quality of municipal cleaning service associated with the risk of hazardous waste collection. *Journal of Research in Sustainable Agroproduction*, *3*(1), 1–12. <https://doi.org/10.25127/aps.20191.477>
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*(3), 521–551.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*(3), 863–882.

- Cea, M. A. (2009). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Síntesis.
- Chukwu, N. E., Okoye, U. O., Onyeneho, N. G., & Okeibunor, J. C. (2019). Coping strategies of families of persons with learning disability in Imo state of Nigeria. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 38(9), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s41043-019-0168-2>
- Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011, Pub. L. No. 306 del 17 de noviembre de 2010 (2010).
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2015). *Clasificación Internacional para la práctica de Enfermería*.
- Cortina, C. (2016). Demografía de las parejas homosexuales en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 153, 3–22.
<https://doi.org/10.5477/cis/reis.153.3>
- Costa, V. (2019). *Confirmatory Factor Analysis. A Case study*. 1905.05598.
<https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/1905/1905.05598.pdf>
- Costello, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 10(7).
<https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>
- Cumsille, P., Martínez, M. L., Rodríguez, V., & Darling, N. (2014). Análisis Psicométrico de la Escala Parental Breve (EPB): Invarianza Demográfica y Longitudinal en Adolescentes Chilenos. *Psyke*, 23(2), 1–14.
<https://doi.org/10.7764/psykhe.23.2.665>
- Dagon, E. M. (2012). The components of sexual dysfunction. In C. Nadelson & D. B. Marcotte (Eds.), *Treatment Interventions in Human Sexuality* (pp. 357–376). Springer Science & Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4307-3>
- De la Revilla Ahumada, L. (1994). *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Doyma.

- De la Revilla Ahumada, L. (2007). La familia como unidad de atención. *Foración Médica Continuada En Atención Primaria*, 14(Supl 5), 1–7.
[https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(07\)74015-X](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(07)74015-X)
- De la Revilla, L., Bailón, E., de Dios, J., Delgado, A., Prados, M. A., & Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8(9), 688–692.
- de la Torre-Mamani, E. K. (2017). *Autopercepcion del estado de salud familiar por madres atendidas en el puesto de salud San José Cayma - Arequipa*. Universidad católica de Santa María. Facultad de enfermería.
- De Vet, H., Terwee, C., Mokkink, L., & Knol, D. (2011). *Measurement in Medicine: A Practical Guide*. Cambridge University Press.
- de Vicente-Oliva, M. A., Manera, J., & Blanco, F. J. (2021). *Analisis multivariante para las ciencias sociales*. Dykinson.
- Del Picó Rubio, J. (2011). Evolución y actualidad de la concepción de familia, una apreciación de la incidencia positiva de las tendencias dominantes a partir de la reforma del derecho matrimonial chileno. *Ius et Praxis*, 17(1), 31–56.
<https://doi.org/10.4067/S0718-00122011000100003>
- Demidenko, J., Routasalo, P., Helminen, M., Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., & Suominen, T. (2018). Family health evaluated by family members of older patients and nurses in emergency departments. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(1), 38–47. <https://doi.org/10.1177/2057158517711321>
- Denham, S. A. (1999). The Definition and Practice of Family Health. *Journal of Family Nursing*, 5(2), 133–159. <https://doi.org/10.1177/107484079900500203>
- Denham, S. A. (2003). *Family health: a framework for nursing*. F.A. Davis Company.
- Díaz-Roque, B., & Ynfantes-Celis, J. (2016). *Clima social familiar y autoestima de estudiantes de cinco años*. Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI.
- Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, 1(39).
- Dois-Castellón, A. M., & Montero-Ossandón, L. E. (Eds.). (2012). *Manual de atención*

de familias para profesionales de la salud. Ediciones UC.

- Doornbos, M. M. (2002). Predicting Family Health in Families of Young Adults with Severe Mental Illness. *Journal of Family Nursing*, 8(3), 241–263.
<https://doi.org/10.1177/107484070200800306>
- Dressler, W. W. (1994). Social status and the health of families: A model Author links open overlay panel. *Social Science & Medicine*, 39(12), 1605–1613.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90074-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90074-4)
- Egaña-Rojas, D., & Barría-Iroumé, S. (2015). La familia como categoría difusa en la atención primaria del sistema de salud chileno. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(3).
- Elizalde, B. (2013). LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA FAMILIA EN ESPAÑA: Un diálogo necesario entre pasado y presente. *Prisma Social*, 11, 123–157.
- Elsevier. (2021). *NNN Consult*. <https://www.nnnconsult.com/>
- Engels, F. (1972). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. (2nd ed.). Ayuso.
- Escuredo, B., & Limón, E. (2018). Enfoque personal y familiar en Atención primaria de salud. In *Atención familiar y salud comunitaria conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (2nd ed.). Elsevier Health Sciences.
- Espinal, A., Collado, G., & González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de Sistemas*, 14, 21–34.
- Fernández-Aráuz, A. (2015). Aplicación del análisis factorial confirmatorio a un modelo de medición del rendimiento académico en lectura. *Ciencias Económicas*, 33(2), 39–66. <https://doi.org/10.15517/rce.v33i2.22216>
- Fernández-Vargas, A. M., Bujalance-Zafra, M. J., Leiva-Fernández, F., Martos-Crespo, F., García-Ruíz, A. J., & Sánchez, F. (2001). Salud autopercebida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medifam*, 11(9), 44–53.
- Florenzano, R., Roitzblatt, A., & Valdés, M. (1995). La medición del funcionamiento familiar: Aproximaciones clásicas y el modelo de Olson. In *De Familias y Terapia*

(pp. 39–53). Universidad de Chile.

Flores de Bishop, C. (2002). *La familia como agente de promoción en salud mental*.
<http://www.psiquiatria.com>

Fong, V. C., Gardiner, E., & Iarocci, G. (2021). Cross-cultural perspectives on the meaning of family quality of life: Comparing Korean immigrant families and Canadian families of children with autism spectrum disorder. *Autism*, (In press), 1362361321989221. <https://doi.org/10.1177/1362361321989221>

Ford-Gilboe, M. (2002). Developing knowledge about family health promotion by testing the developmental model of health and nursing. *Journal of Family Nursing*, 8(2), 140–156.

Fortin, M. F. (1999). *El proceso de investigación. De la concepción a la realización*. Mc-Grall Hill.

Fortin, M., & Nadeau, M. (1999). *El proceso de investigación de la concepción a la realización*. McGraw-Hill Interamericana.

Friedemann, M. (1995). *The framework of systemic Organization: A conceptual approach to families and nursing*. SAGE Publications.

Froyd, J., Lambert, M., & Froyd, J. (1996). A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health*, 5(1), 11–16.
<https://doi.org/10.1080/09638239650037144>

Froyen, L., Skibbe, L., Bowles, R., Blow, A., & Gerde, H. (2013). Marital Satisfaction, Family Emotional Expressiveness, Home Learning Environments, and Children's Emergent Literacy. *Journal of Marriage and Family*, 75, 42–55.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.01035.x>.

Gallego, A. (2011). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 35, 326–345.

García-Cueto, E., Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., & Robles, A. (2013). Evaluación del nivel social en población española: creación de un instrumento de medida. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 18(2), 1–11.

- García de Yébenes, M., Rodríguez, F., & Carmona, L. (2009). Validación de cuestionarios. *Reumatología Clínica*, 5(4), 171–177.
<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2008.09.007>
- Gibbons, A., & Groarke, A. M. (2018). Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works. *European Journal of Oncology Nursing*, 35(June), 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.06.003>
- Gómez-Bustamante, E., Castillo-Ávila, I., Díaz-Montes, C. E., Alvis, L., & Cogollo, Z. (2013). Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala de evaluación de la funcionalidad familiar (ASF-E-20). *Avances En Enfermería*, 31(2).
- Gomez, R., Stavropoulos, V., & Griffiths, M. D. (2020). Confirmatory factor analysis and exploratory structural equation modelling of the factor structure of the Depression Anxiety and Stress Scales-21. *PLOS ONE*, 15(6), e0233998.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233998>
- González, C. M., & González, S. I. (2008). Un enfoque para la evaluación del funcionamiento familiar. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 6(15).
- Graça-Henriques, C. M., & de Jesus-Santos, E. J. (2019). Family assessment and nursing process: skills and knowledge development program. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 31–40. <https://doi.org/10.12707/RIV19077>
- Green, R. G., Harris Jr, R. N., Forte, J. A., & Robinson, M. (1991). Evaluating FACES III and the Circumplex Model: 2,440 families. *Family Process*, 30(1), 55–73.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1991.00055.x>
- Gunzler, D. D., & Morris, N. (2015). A tutorial on structural equation modeling for analysis of overlapping symptoms in co-occurring conditions using MPlus. *Statistics in Medicine*, 34(24), 3246–3280. <https://doi.org/10.1002/sim.6541>
- Hair, J. F., Money, A. H., Samouel, P., & Page, M. (2007). *Research Methods for Business*. John Wiley & Sons Ltd.
- Haley, J. (2013). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu Editores.
- Hamilton, E., & Carr, A. (2016). Systematic Review of Self-Report Family Assessment Measures. *Family Process*, 55(1), 16–30. <https://doi.org/10.1111/famp.12200>

- Hammer, J. H., Parent, M. C., & Spiker, D. A. (2018). Mental Help Seeking Attitudes Scale (MHSAS): Development, reliability, validity, and comparison with the ATSPPH-SF and IASMHS-PO. *Journal of Counseling Psychology, 65*(1), 74–85. <https://doi.org/10.1037/cou0000248>
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2nd ed.). Lusociência.
- Hartman, A. (1978). Diagrammatic assessment of family relationships. *Social Casework, 57*, 465–476.
- Hartrick, G., Lindsey, A., & Hills, M. (1994). Family nursing assessment: meeting the challenge of health promotion. *Journal of Advanced Nursing, 20*(1), 85–91. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20010085.x>
- Hautsalo, K., Rantanen, A., & Astedt-Kurki, P. (2013). Family functioning, health and social support assessed by aged home care clients and their family members. *Journal of Clinical Nursing, 22*(19–20), 2953–2963. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04335.x>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Eds.). (2021). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023* (12th ed.). Elsevier España, S.L.
- Hermesen, A. M., Haag, A., Duddek, C., Balkenhol, K., Bugiel, H., Bauer, S., Mylius, V., Menzler, K., & Rosenow, F. (2016). Test-retest reliability of single and paired pulse transcranial magnetic stimulation parameters in healthy subjects. *Journal of the Neurological Sciences, 15*(362), 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2016.01.039>
- Hernán, M., Morgan, A., & Mena, Á. L. (Eds.). (2010). *Formación en salutogénesis y activos para la salud* (Serie Mono). Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6th ed.). Mc-Grall Hill.
- Herrero, J. (2010). El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Psychosocial Intervention, 19*(3), 289–300.

- Hidalgo, C., & Carrasco, E. (Eds.). (2002). *Salud Familiar: Un modelo de atención integral en la Atención primaria* (2nd ed.). Ediciones UC.
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*, 29, 1–12.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1990.00001.x>
- Hohashi, N. A. (2019). A Family Belief Systems Theory for Transcultural Family Health Care Nursing. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(5), 434–443.
<https://doi.org/10.1177/1043659619853017>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Horwitz Campos, N., Florenzano Urzúa, R., & Ringeling Polanco, I. (1985). *Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria* (Familia y Salud).
- Imber-Black, E. (1989). Idiosyncratic life cycle transitions and therapeutic rituals. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The changing family life cycle. A framework for family therapy*. Allyn and Bacon.
- Instituto Nacional de Estadística. (n.d.). *Panel de hogares de la Unión Europea 2001*. Retrieved June 2, 2020, from
<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t25/p442/a2001/10/&file=03001.px&L=0>
- Irinoye, O., Ogunfowokan, A., & Olaogun, A. (2006). Family nursing education and family nursing practice in Nigeria. *Journal of Family Nursing*, 12(4), 442–447.
<https://doi.org/10.1177/1074840706296000>
- Irwing, P., Booth, T., & Hughes, D. J. (Eds.). (2018). *The Wiley Handbook of Psychometric Testing: A Multidisciplinary Reference on Survey, Scale and Test Development*. John Wiley & Sons.
- Jarana-Díaz, T., Romero-Martín, M., Ponce-Blandón, J. ., & Jiménez-Picón, N. (2020). Integrative Review of Related Factors and Defining Characteristics of Lack of Family Integrity. *International Journal of Nursing Knowledge*.
<https://doi.org/10.1111/2047-3095.12289>
- Jiménez-Picón, N., Lima-Rodríguez, J. S., & Lima-Serrano, M. (2015). *Influencia del ajuste diádico sobre el estado de salud familiar*. Facultad de Enfermería,

Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

Jiménez, L., Lorence, B., Hidalgo, V., & Menéndez, S. (2017). Análisis factorial de las escalas FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) con familias en situación de riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 16(2).

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-2.afef>

Joanna Briggs Institute. (2020). *Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses* (JBI's Critical Appraisal Tools).

Johnson, D. (1980). The behavioral system model for nursing. In J. P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (2nd ed., pp. 207–216). Appleton-Century-Crofts.

Jordan, A., Hughes, J., Pakresi, M., Hepburn, S., & O'Brien, J. T. (2011). The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(2), 118–126. <https://doi.org/10.1002/gps.2489>. PMID: 20652872

Joronen, K., & Rantanen, A. (2014). Family Life Cycle Stages. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1004

Kaakinen, J. R. (2018). Family health care nursing: An introduction. In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steele, & M. Robinson (Eds.), *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research* (6th ed., p. 664). F.A. Davis Company.

Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice and research* (6th ed.). F.A. Davis Company.

Kaakinen, J. R., & Hanson, S. M. H. (2015). Theoretical Foundations for the Nursing of Families. In J. R. Kaakinen, D. P. Coehlo, R. Steele, A. Tabacco, & S. M. H. Hanson (Eds.), *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research* (5th ed., pp. 67–104). F. A. Davis Company.

Kaiser, H. F. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35, 401–415.

Keith, T. Z. (2019). *Multiple Regression and Beyond: An Introduction to Multiple Regression and Structural Equation Modeling* (3rd ed.). Routledge.

- Kharazmi, A., Brant, J. M., Sajjadi, M., Moshki, M., & SadeghMoghadam, L. (2020). Validation of the Persian version of family health climate scale (FHC-Scale) in Iranian families. *BMC Public Health*. *BMC Public Health*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09931-8>
- Kilic, A., Tastan, S., Ayhan, H., Seven, M., & Tastan, B. (2018). Reliability and validity of a Turkish version of the Sexual Quality of Life - Male questionnaire: a methodological study. *Sexual Health*, 15(5), 413–419.
<https://doi.org/10.1071/SH18074>
- Kiriake, a., & Moriyama, M. (2016). Development and Testing of the Partnership Scale for Primary Family Caregivers Caring for Patients With Dementia. *Journal of Family Nursing*, 22(3), 339–367. <https://doi.org/10.1177/1074840716656450>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling, Methodology in the Social Sciences* (4th ed.). Guilford Publications.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Laguado-Jaimes, E., & Caballero-Díaz, L. P. (2016). Family self-rated health in a metropolitan area of Bucaramanga. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3).
- LaRossa, R., & Reitzes, D. C. (1993). Symbolic interactionism and family studies. In P. G. Boss (Ed.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach* (pp. 135–166). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-0-387-85764-0_6
- Lauder, W., Sharkey, S., & Reel, S. (2003). The development of family health nurses and family nurse practitioners in remote and rural Australia. *Australian Family Physician*, 32(9), 750–752.
- Lavorgna, L., Di Tella, M., Miele, G., De Mercanti, S. F., Streito, L. M., Perutelli, V., Bonavita, S., Castelli, L., & Clerico, M. (2020). Online Validation of a Battery of Questionnaires for the Assessment of Family Functioning and Related Factors. *Frontiers in Psychology*, 11, 771. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00771>
- Leão, C., & Caldeira, A. (2011). Assessment of the association between the qualification of physicians and nurses in primary healthcare and the quality of care.

Ciencia e Saude Colectiva, 16(11), 4415–4423.

Leite, C., & Reichenheim, M. E. (2002). Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(3), 783–796.

Lemke, A., Thompson, J., Hulick, P., Sereika, A., Johnson, C., Oshman, L., & Dunnenberger, H. (2020). Primary care physician experiences utilizing a family health history tool with electronic health record-integrated clinical decision support: an implementation process assessment. *Journal of Community Genetics*, 11(3), 339–350. <https://doi.org/10.1007/s12687-020-00454-8>

Leyva-Morales, L. A., & del Pilar Amaya-Rey, M. C. (2013). Familias con adultos quirúrgicos: Riesgo y Salud Familiar. *Avances En Enfermería*, 31(1), 22–31.

Li, X., & Li, H. (2021). Reliability and validity of the Chinese version of the Revised Walsh family resilience questionnaire. *Annals of Palliative Medicine*, 10(8), 8709–8717. <https://doi.org/10.21037/apm-21-1152>

Lima-Rodríguez, J S, Lima-Serrano, M., & Sáez-Bueno, A. (2009). Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enfermería Clínica*, 19(5), 280–283. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2009.05.001>

Lima-Rodríguez, Joaquín Salvador, Baena-Ariza, M. T., Domínguez-Sánchez, I., & Lima-Serrano, M. (2018). Intellectual disability in children and teenagers: Influence on family and family health. Systematic review. *Enfermería Clínica*, 28(2), 89–102. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.10.007>

Lima-Rodríguez, Joaquín Salvador, Domínguez-Sánchez, I., & Lima-Serrano, M. (2021). Family and Social Variables Associated with Family Health. *Western Journal of Nursing Research*, In press. <https://doi.org/10.1177/01939459211026384>

Lima-Rodríguez, Joaquín Salvador, Lima-Serrano, M., & Domínguez-Sánchez, I. (2015). Psychometric properties of an instrument to measure family disease management. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 253–264. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.05.002>

Lima-Rodríguez, Joaquín Salvador, Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, N., &

- Domínguez-Sánchez, I. (2012). Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Revista Española de Salud Pública*, 86(5), 509–521. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272012000500005>
- Lima-Rodríguez, Joaquín Salvador, Lima-Serrano, M., Jiménez-Picón, N., & Domínguez-Sánchez, I. (2013). Validación de contenido de la escala de autopercepción del estado de salud familiar usando la técnica Delphi. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 595–603. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200017>
- Lindemann, H. (2014). Why families matter. *Pediatrics*, 134, S97–S103. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1394E>
- López-Gil, M. J., Orueta-Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez-Oropesa, A., Carmona, J., & Alonso-Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332–339.
- Louro Bernal, I. (2004). Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(3).
- Louro Bernal, I. (2005). Modelo de salud del grupo familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(4), 332–337.
- Louro, I., & Pría, M. (2008). Alternativas metodológicas para la estratificación de familias según situación de salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4).
- Louro, Isabel. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 48–51.
- Luján-Tangarife, J. A., & Cardona-Arias, J. A. (2015). Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Archivos de Medicina*, 11(3). <https://doi.org/10.3823/1251>
- Maguiña, F. M., & Meza, N. (2017). *Clima familiar y afrontamiento en adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Lima Metropolitana*. Pontificia Universidad Católica

del Perú.

- Malpartida, M. K. (2020). Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), e543. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.543>
- Marcela, L., Avendaño, M. C., Duarte, Z. J., & Campos, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 23–29.
- Marcos, B. (2007). Estructura y función familiar. *Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 14(5), 37–45.
- Margalit, M. (1990). Family Climate. In *Effective Technology Integration for Disabled Children* (pp. 71–82). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9006-0_6
- Marriner Tomey, A., & Raile Alligood, M. (2008). *Modelos y teorías en enfermería* (6th ed.). Elsevier España, S.L.
- Martín, A., & Jodar, G. (2018). *Atención familiar y salud comunitaria conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (2nd ed.). Elsevier Health Sciences.
- Martín, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, 5(17).
- Martínez-López, J. Á. (2020). El modelo híbrido de atención a las personas en situación de dependencia en España: una década de cambios normativos y ajustes presupuestarios. *Reforma y Democracia*, 68, 113–134.
- Martínez-Montilla, J. M., Amador-Marín, B., & Guerra-Martín, M. . (2017). Family coping strategies and impacts on family health: A literature review. *Enfermería Global*, 16(3), 576–604. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.255721>
- Martínez-Pampliega, A., Merino, L., Iriarte, L., & Olson, D. H. (2017). Psychometric Properties of the Spanish version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV. *Psicothema*, 29(3), 414–420. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.21>
- Martínez, H. M. (2015). La familia: una visión interdisciplinaria. *Revista Médica Electrónica*, 37(5).
- Martínez Pampliega, A., Iraurgi Castillo, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family

- Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317–338.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press.
- McGoldrick, M., & Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisa.
- Meiers, S. J., Eggenberger, S. K., Krumwiede, N. K., Bliesmer, M. M., & Earle, P. A. (2006). Rural family health: Enduring acts of balancing. In *Rural nursing: Concepts, theory, and practice* (2nd ed., pp. 110–126). Springer.
- Merchant, W., Smith, G., & Hayslip, B. J. (2017). Using the CES-D with custodial grandmothers: cross-validation and convergent validity. *Journal of Mental Health and Aging*, 1(1), 1–9.
- Michiels, S., De Hertogh, W., Truijen, S., November, D., Wuyts, F., & Van de Heyning, P. (2013). The assessment of cervical sensory motor control: a systematic review focusing on measuring methods and their clinimetric characteristics. *Gait & Posture*, 38(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2012.10.007>
- Minuchin, S. (1991). *Calidoscopio familiar*. Paidós.
- Minuchin, S. (2009). *Familias y terapia familiar*. Gedisa S.A.
- Minuchin, S., & Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Misto, K. (2019). Family Perceptions of Family Nursing in a Magnet Institution During Acute Hospitalizations of Older Adult Patients. *Clinical Nursing Research*, 28(5), 548–566. <https://doi.org/10.1177/1054773817748400>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & De Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Quality of Life Research*, 19(4), 539–549. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>
- Montanari, P. M. (2018). Work training in undergraduate degrees in health. *Saúde e Sociedade*, 27(4), 980–986. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180974>

- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847–862.
- Moorhead, S, Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Elsevier.
- Moorhead, Sue, Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2013). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 5a edición (5th ed.)*. Elsevier.
- Moorhead, Sue, Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (Eds.). (2008). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 4a edición (4th ed.)*. Elsevier España.
- Moorhead, Sue, Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (Eds.). (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 6a edición (6th ed.)*. Elsevier España, S.L.
- Moos, B. S., Trickett, E. J., & Moos, R. H. (1995). *Escalas de clima social (FES WES CIES CES)*. TEA Ediciones.
- Morales-Vallejo, P. (2011a). *El Análisis Factorial en la construcción de interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Universidad Pontificia Comillas.
- Morales-Vallejo, P. (2011b). *Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes*. Universidad Rafael Landívar.
- Morales Vallejo, P. (2006). *Medición de actitudes en psicología y educación (3rd ed.)*. Universidad Pontificia Comillas.
- Moretti-Pires, R. O., Ferro, S. B., Büchele, F., de Oliveira, H. M., & Gonçalves, M. J. (2011). Family health nurse in the Amazon: concepts and management of themes regarding alcohol use. *Revista Da Escola de Engermagem Da USP*, 45(4), 926–932. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000400019>
- Morgan, L. (1971). *La sociedad arcaica*. Anthropos.
- Muñiz Fernández, J. (1996). Fiabilidad. *Psicometría*, 1–48.
- Muñoz-González, Ó. (2015). El declive de la Ley de la Dependencia. Familismo implícito y oportunidad perdida en la profesionalización de los cuidados. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 10(1), 1–16.
- Musitu, G., & Allat, P. (1994). *Psicosociología de la familia*. Albatros.

- Navarro-Prado, S., Sánchez-Ojeda, M. A., Martín-Salvador, A., Luque-Vara, T., Fernández-Gómez, E., & Caro-Morán, E. (2020). Development and Validation of a Rating Scale of Pain Expression during Childbirth (ESVADOPA). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(6), 5826. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165826>
- Navarta-sánchez, M. V., Caparrós, N., Sesma Ursúa, M. E., Díaz de Cerio Ayesad, S., Riverole, M., & Portillo, M. C. (2017). Estrategias psicosociales para fortalecer el afrontamiento de la enfermedad de Parkinson: perspectiva de pacientes, familiares y profesionales sociosanitarios. *Atención Primaria*, *49*(4), 214–223. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.001>
- Neufeld, K., Karunanayake, C., Maenz, L., & Rosenberg, A. (2013). Stressful life events antedating chronic childhood arthritis. *The Journal of Rheumatology*, *40*(10), 1756–1765. <https://doi.org/10.3899/jrheum.121505>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). *The Neuman systems model* (5th ed.). Prentice Hall.
- Norman, G. R., & Streiner, D. L. (1998). *Biostatistics : The Bare Essentials*. PMPH USA, Ltd.
- Nuviala, A., Grao-Cruces, A., Teva-Villén, M. R., Pérez-Ordás, R., & Blanco-Luengo, D. (2016). Validez de constructo de la escala motivos de abandono de centros deportivos. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de La Actividad Física y El Deporte*, *16*(61), 1–15. <https://doi.org/10.15366/rimcafd2016.61.001>
- Oh, S., & Chang, S. J. (2014). Concept Analysis: Family Resilience. *Open Journal of Nursing*, *4*, 980–990. <https://doi.org/10.4236/ojn.2014.413105>
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: validation Study. *Journal of Marital & Family Therapy*, *3*(1), 64–80.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems, I: Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, *18*, 3–28.
- Oraá Oraá, J., & Gómez Isa, F. (1997). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Un breve comentario en su 50 Aniversario* (Forum Deutso (Ed.)). Universidad de Deutso.

- Organización Mundial de la Salud. (1974). *Enfermería y salud de la comunidad* (Informe técnico nº 558).
- Organización Mundial de la Salud. (1976). *Índices estadísticos de la salud de la familia* (Informe Técnico No. 587).
- Organización Panamericana de la Salud. (1985). Familia y Salud de la Familia. Un enfoque de la atención primaria. *Boletín Sanitario de Panamá*, 98(2), 144–155.
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2009). *Salud familiar y comunitaria* (No. 49; CD 49/20 (Esp.)).
- Orozco, L. C. (2010). *Mediciones en Salud. Diagnóstico y Evaluación de resultados. Un manual crítico más allá de lo básico*. División de Publicaciones UIS.
- Paikoff, R. L. (1991). *Shared views of the family during adolescence: New directions for child development*. Jossey-Bass.
- Parfitt, B. A., & Cornish, F. (2007). Implementing Family Health Nursing in Tajikistan: from policy to practice in primary health care reform. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1720–1729. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.007>
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface*, 22(2), 1525–1534. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
- Perea Quesada, R. (2006). La familia como contexto para un desarrollo saludable. *Revista Espanola de Pedagogia*, 64(235), 417–428.
- Pérez-Giraldo, B. (2002). El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. *Aquichan*, 2(2), 24–26.
- Pérez-Vico, L., Duarte-Climents, G., Sánchez-Gómez, M. B., & Gómez-Salgado, J. (2018). Historia de la enfermería familiar y comunitaria en España: una revisión de la literatura. *Enfermería Comunitaria*, 6(2), 20–33.
- Piña, C., & Salcido, M. (2008). La Percepción del Clima Familiar en Adolescentes Miembros de Diferentes Tipos de Familias. *Psicología y Ciencia Social*, 10, 64–71.
- Pinto, M. C., Minson, F. P., Lopes, A. C., & Laselva, C. R. (2015). Cultural adaptation

- and reproducibility validation of the Brazilian Portuguese version of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brazil) scale in non-verbal adult patients. *Einstein (Sao Paulo)*, 13(1), 14–19. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015AO3036>
- Pisano, M. M., González, A. C., & Abad, A. (2019). Enfermería Familiar y Comunitaria: claves de presente, retos de futuro. *Enfermería Clínica*, 29(6), 365–369. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.005>
- Pittman, F. S. (1990). *Una teoría de las crisis familiares en momentos decisivos*. Paidós.
- Polit, D. F., & Hungler, B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias De La Salud* (6th ed.). McGraw-Hill Interamericana de España.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2013). *Fundamentals of Nursing* (8th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Pourmovahed, Z., Mahmoodabadi, H. Z., Ardekani, S. M. Y., Fallahzadeh, H., Tavangar, H., & Mahmoodabad, S. S. M. (2018). Validation of the Family Stability Questionnaire in married couples: a confirmatory factor analysis. *Electronic Physician*, 10(8), 7185–7195. <https://doi.org/10.19082/7185>
- Prats, M., & Pueyo, M. (2003). Las familias como eje central de la organización. *Rol de Enfermería*, 26(2), 154–158.
- Puigvert-Vilalta, C. (2013). Percepción de la satisfacción de la función familiar que tienen los pacientes de diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*, 13(1). <https://doi.org/10.4321/S2254-28842013000500013>
- Real academia española. (2019). *Real academia española*. <https://www.rae.es/>
- Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 20(56), 185–196. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
- Reluz-Barturén, F. F., & Palacios-Alva, C. Y. (2021). Salud familiar en contexto de COVID-19 y prevención desde la educación emocional. Análisis bibliográfico-documental latinoamericano. *Medicina Naturalista*, 15(1), 54–60.
- Reyes, S., Valderrama, O., Ortega, K., & Chacón, M. (2010). Funcionalidad familiar y

- estilos de vida saludables. *Revista Aporte Santiaguino*, 3(2), 214–221.
- Rivero, N., Martínez-pampliega, A., & Olson, D. (2010). Spanish Adaptation of the FACES IV Questionnaire: Psychometric Characteristics. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 18(3), 288–296.
<https://doi.org/10.1177/1066480710372084>
- Rodrigo, M. J., & Palacios, J. (2008). *Familia y desarrollo humano*. Alianza.
- Rodríguez-Garzón, C. D., Zamora-Enciso, J. F., Salamanca-Ramos, E., & Rivera, M. (2020). Autopercepción del estado de salud familiar de los estudiantes del programa de Tecnología en Regencia de Farmacia de la Universidad de los Llanos. *Boletín Semillero de Investigación En Familia*, 2, 6–15.
- Rodríguez, M., & López, B. (2015). *Instrumentos de medida en terapia familiar y de pareja, utilización de escalas*.
- Sabariego, M. (2004). El proceso de investigación. In R. Bisquerra (Ed.), *Metodología de la investigación educativa* (pp. 127–163). La Muralla.
- Sacha-Cordiano, T. J., Russ, S. W., & Short, E. J. (2008). Development and Validation of the Affect in Play Scale–Brief Rating Version (APS–BR). *Journal of Personality Assessment*, 90(1), 52–60.
<https://doi.org/10.1080/00223890701693744>
- Sánchez, P., & Bote, M. (2009). Familismo y cambio social. El caso de España. *Sociologías*, 21, 122–149. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222009000100007>
- Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*, 6(3), 302–318. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642004000300006>
- Santana-Berlanga, N. del R., Porcel-G alvez, A. M., Botello-Hermosa, A., & Barrientos-Trigo, S. (2020). Instruments to measure quality of life in institutionalised older adults: Systematic review. *Geriatric Nursing*, 41, 445_462.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.01.018>
- Sarmiento, R., & Costa, V. (2017). *Comparative Approaches to Using R and Python for Statistical Data Analysis*. IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-68318-016-6>

- Scabini, E., & Manzi, C. (2011). Family processes and identity. In S. J. SchwartzKoen, K. Luyckx, & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of Identity Theory and Research* (pp. 565–584). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7988-9>
- Schwab, J. J., Stephenson, J. J., & Ice, J. F. (1993). *Evaluating Family Mental Health: History, Epidemiology, and Treatment Issues*. Springer Science & Business Media.
- Silberstein, D. (1997). La familia un paciente olvidado. *Rol de Enfermería*, 223, 25–30.
- Sinche, E., & Suárez, M. (2006). Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. *RAMPA*, 1(1), 38–47.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6, 1231–1239.
- Smith, C. M. (2012). *A Family Perspective in Community/Public Health Nursing*. <https://nursekey.com/a-family-perspective-in-communitypublic-health-nursing/#s0110>
- Snook, S. C., & Gorsuch, R. L. (1989). Component analysis versus common factor analysis: A Monte Carlo study. *Psychological Bulletin*, 106, 148–154.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2001). *Community health nursing* (5th ed.). Mosby.
- Stevens, G., & Orna, E. (2001). *Cómo usar la información en trabajos de investigación*. Gedisa S.A.
- Stivelberg, A. (2020). *Manteniendo la familia y los negocios: transformar la zona de conflicto en zona de acuerdo*. Ediciones Granica.
- Stufflebeam, D., & Shinkfield, A. J. (1987). *Evaluación sistemática: guía teórica y práctica*. Paidós.
- Suárez-Palacio, P. A., & Vélez-Múnera, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios*, 12(20), 173–198. <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Suarez, M. A., & Alcalá, M. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53–57.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using Multivariate Statistics* (7th ed.).

Pearson Education.

- Tercero, G., Lavielle, M. del P. D., Muñoz, O., Clark, P., Medeiros, M., Hernández, A., & Luque, M. (2013). Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA) en escolares y adolescentes mexicanos: datos normativos. *Salud Mental, 36*, 381–386.
- Tweedie, L., Scarpato, C. H., Gaudie, L. L., Silveira, C., Rodrigues, M., Palcic, J., Maris de Jesus, S., Booij, L., & Mattiello, R. (2021). Validation of the Family Health Behavior Scale for the Brazilian population. *Jornal de Pediatria, In press*.
<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2021.04.002>
- United Nations. (1973). Concepts and definitions. In *Methods of Projecting Households and Families* (pp. 5–10).
- Valenzuela-Jaime, Y. M., & Murillo-Antón, M. J. (2020). *El clima social familiar en los niños de 5 años: una revisión teórica*. Universidad Peruana Unión.
- Valladares-Garrido, M., Soriano-Moreno, A., Rodrigo-Gallardo, P., Moncada-Mapelli, E., Pacheco-Mendoza, J., & Toro-Huamanchumo, C. (2020). Depression among Peruvian adults with hypertension and diabetes: Analysis of a national survey. *Diabetes & Metabolic Syndrome, 14*(2), 141–146.
<https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.02.001>
- Varela, M. T., Tenorio, Á. X., & Duarte, C. (2018). Prácticas parentales para promover hábitos saludables de alimentación en la primera infancia en Cali, Colombia. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 22*(3), 183–192.
<https://doi.org/10.14306/renhyd.22.3.409>
- Vásquez, N., Zapata, J. J., & Messenger, T. (2015). Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. *Revista CES Psicología, 8*(2), 103–121.
- Vegas-Miguel, M. I., & de la Fuente-Anuncibay, R. (2020). Evaluación del funcionamiento familiar con el faces IV en adolescentes con problemática familiar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(1), 495–504. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v2.1872>
- Ventura-León, J. (2019). Dos formas fáciles de interpretar las famosas cargas factoriales. *Gaceta Sanitaria, 33*(6), 598–600.

- Villarreal-Zegarra, D., & Paz-Jesus, A. (2015). Terapia Familiar Sistémica: una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones*, *1*(1), 11–28.
- Villavicencio-Caparó, E., Ruiz-García, V., & Cabrera-Duffaut, A. (2016). Validación de cuestionarios. *Revista OACTIVA UC Cuenca*, *1*(3), 75–80.
- Wacharasin, C., & Theinpichet, S. (2008). Family nursing practice, education, and research: what is happening in Thailand? *Journal of Family Nursing*, *14*(4), 429–435. <https://doi.org/10.1177/1074840708327515>
- Walsh, F., & Anderson, C. M. (2014). *Chronic Disorders and the Family*. Routledge.
- Whitley, B. E., & Kite, J. M. E. (2018). *Principles of Research in Behavioral Science* (4th ed.). Routledge.
- WHO study group. (1976). *Statistical indices of family health*.
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5th ed.). Roca.
- Xia, Y., & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods*, *51*, 409–428. <https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>
- Yamani, N., Yousefy, A., Rezaei, H., & Sharifirad, G. (2012). A study of family health problems in Iran from the stakeholders' perspective. *Journal of Education and Health Promotion*, *1*(5). <https://doi.org/10.4103/2277-9531.94413>
- Yaşlıoğlu, M. M., & Toplu-Yaşlıoğlu, D. (2020). How and when to use which fit indices? A practical and critical review of the methodology. *Istanbul Management Journal*, *88*, 1–20. <https://doi.org/10.26650/imj.2020.88.0001>
- Zapata-Posada, J. J., Isaza-Valencia, L., & González-Calvo, V. (2018). Clima familiar en configuraciones monoparentales y monomarentales con hijos/as adolescentes

según el nivel socioeconómico en Medellín-Colombia. *Humanismo y Sociedad*,
6(2), 7–21. <https://doi.org/10.22209/rhs.v6n2a01>

Zhang, Y. (2018). Family Functioning in the Context of an Adult Family Member with
Illness: A Concept Analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15–16), 3205–3224.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14500>

Zoido Naranjo, F., & Arroyo Pérez, A. (2003). La población de España. In *Tendencias
demográficas durante el siglo XX en España*.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario utilizado en el estudio de campo



“Validación de la escala de autopercepción del estado de salud familiar”.

Este estudio está destinado a la creación de una escala para valorar la salud de las familias, es decir, del grupo de personas con las que convive. Su participación es totalmente voluntaria y consistirá en contestar a las preguntas del cuestionario. Con sus respuestas podrá ayudar a otras familias, una vez obtenidos los resultados del estudio.

La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio, los datos de carácter personal obtenidos son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

Puede preguntar a la persona que le ofrece el cuestionario todo lo que desee sobre el estudio.

Instrucciones:

Le tomara unos minutos cumplimentarlo. Por favor, tómese su tiempo y no deje ninguna pregunta sin contestar, si no entiende alguna pregunta pida al encuestador que se la aclare. Sea lo más sincero/a posible, los datos se analizaran de forma anónima.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: validación de la escala de Autopercepción del estado de salud familiar.

- He leído la información de la página anterior sobre el estudio de Validación de criterios de la Escala de Autopercepción del estado de salud familiar.
- He podido hacer preguntas, y he recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Deseo ser informado/a de mis datos que se obtengan en el curso de la investigación.
Si ___ No ___ (Indique mail o teléfono en caso afirmativo)

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto.

Firma del participante

Firma del profesional informador

Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:
Fecha:	Fecha:

Los siguientes datos nos permitirán reunir este cuestionario con un segundo que conocerá en más o menos una semana, indique, por favor:

Fecha de nacimiento (de usted, día/mes/año)	Nombre del padre (solo nombre)	Nombre de la madre (solo nombre)
---	--------------------------------	----------------------------------

Los datos de los recuadros sombreados los rellenará el encuestador con su ayuda

Genograma	<p style="text-align: center;">Tipo de familia</p> <p>Monoparental___ Nuclear___</p> <p>Reconstituida___ Extensa___</p> <p>Nuclear ampliada___</p> <p>Equivalente familiar___</p> <p style="text-align: center;">Etapa del Ciclo vital</p> <p>Formación de pareja___ Hijo lactante___</p> <p>Hijo escolar___ Hijo adolescente___</p> <p>Hijo emancipado___</p> <p>Familia Madura___ Familia anciana___</p> <p>En transición___</p>
------------------	--

Nivel de estudios máximo alcanzado por alguno de los cabezas de familia (pareja). Marque (x)

<input type="checkbox"/>	Sin estudios/Estudios primarios
<input type="checkbox"/>	Primer nivel enseñanza secundaria: (1º, 2º y 3, curso de ESO)
<input type="checkbox"/>	Segundo nivel enseñanza secundaria: (4º curso de ESO).
<input type="checkbox"/>	Bachiller o Formación Profesional de primer grado (FPI).
<input type="checkbox"/>	Formación Profesional superior: (FPPII)
<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de ciclo corto: (Diplomatura, escuelas técnicas)
<input type="checkbox"/>	Estudios universitarios de ciclo largo: (Grado, Licenciados, máster, doctorado)

Profesión de los cabeza de familia: Él: _____ Ella: _____

En los últimos 12 meses: ¿algún miembro acudió a consulta médica más de 11 veces? Sí No

ó ¿algún miembro hospitalizado volvió a ingresar en los 30 días siguientes al alta? Sí No

¡Algunas cuestiones sobre usted y su familia!

Edad: Sexo: Hombre Mujer

Localidad de residencia: _____

País de origen: _____



Cuántos de los siguientes elementos hay en su vivienda habitual (Indique el número)

Cuartos de baño y/o aseos Despachos Salas de estar y/o salones

Televisiones Teléfonos fijos Cámaras de fotos Coches Bicicletas

Marque con una cruz (X):

Libros: Menos de 100 Entre 100 y 500 Entre 500 y 1000 Más de 1000

Por favor responda marcando con una X, sólo una de las siguientes opciones:

(N) Nunca	(CN) Casi Nunca	(AV) A veces	(CS) Casi Siempre	(S) Siempre
-----------	-----------------	--------------	-------------------	-------------

En mi familia:	N	CN	AV	CS	S
1. Las cosas se hacen de la forma establecida.					
2. Se da mucha importancia a cumplir las normas.					
3. Tenemos ideas muy precisas de lo que está bien o mal.					
4. El dinero se administra de manera cuidadosa.					
5. Se valora la realización de actividades intelectuales (lectura, estudio...)					
6. Acudimos a actividades culturales (cine, teatro, conciertos).					
7. Nos informamos de lo que pasa a nuestro alrededor.					
8. Nos sentimos comprendidos por los demás.					
9. Cuando tengo un problema puedo comentarlo.					
10. Nos apoyamos realmente los unos a los otros.					
11. Nos ayudamos los unos a los otros.					
12. Realmente nos llevamos bien unos con otros.					
13. Confiamos los unos en los otros.					
14. Tenemos mucho espíritu de grupo.					
15. En las decisiones importantes participamos todos.					
16. Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo.					
17. Nos sentimos orgullosos de nuestra familia.					
18. Cada uno cumple sus obligaciones.					
19. Cada cual tiene claro lo que tiene que hacer.					
20. Aceptamos y cumplimos las reglas establecidas.					
21. Nos comunicamos sin rodeo.					
22. Somos flexibles a la hora de organizarnos en casa.					
23. Sabemos claramente quien tiene la autoridad.					
24. Tenemos cubiertas las necesidades básicas.					
25. Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura.					
26. Nos cuidamos unos a otros.					
27. Sabemos cómo obtener ayuda de instituciones públicas.					
28. Sabemos a dónde dirigimos para buscar ayuda profesional.					
29. Sabemos cómo acceder a los servicios municipales.					
30. Sabemos qué hacer cuando tenemos un problema de salud.					
31. Valoramos tener hábitos saludables.					
32. Nos preocupamos por mantenernos sanos.					
33. Nos anticipamos a los problemas para prevenirlos.					
34. Estamos satisfechos con nuestra vivienda.					
35. Consideramos suficientes nuestros recursos.					
36. Contamos con gente que nos echa una mano si lo necesitamos.					
37. Si es necesario nos organizamos de otra manera.					
38. No se deciden soluciones sin contar con toda la familia.					
39. Nos enfrentamos a los problemas para solucionarlos.					
40. Intentamos conocer las causas de los problemas.					
41. Tratamos de informarnos de las posibles soluciones.					
42. Estamos atentos a los problemas que puedan afectarnos.					

¡Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar, todas son importantes!

Respecto a su familia considera que:	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia, pasan juntos?			
5. ¿Siente que su familia le quiere?			

Aunque seguimos preguntando sobre su familia, en el siguiente grupo de preguntas cambian las opciones de respuesta. Ahora conteste teniendo en cuenta el siguiente tipo de respuestas: Nunca: 1, Casi nunca: 2, A veces: 3, Casi siempre 4; Siempre 5.

(Marque con un círculo la respuesta correcta, ejemplo (3)).

Marque con un círculo	N	CN	AV	CS	S
1. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros.	1	2	3	4	5
2. Cuando hay que resolver problemas, se siguen las propuestas de los hijos.	1	2	3	4	5
3. En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa.	1	2	3	4	5
4. Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia.	1	2	3	4	5
5. Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente.	1	2	3	4	5
6. En cuanto a su disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos (normas, obligaciones).	1	2	3	4	5
7. Cuando surgen problemas, negociamos para encontrar una solución.	1	2	3	4	5
8. En nuestra familia hacemos cosas juntos.	1	2	3	4	5
9. Los miembros de la familia dicen lo que quieren libremente.	1	2	3	4	5
10. En nuestra familia nos reunimos todos juntos en la misma habitación (sala, cocina).	1	2	3	4	5
11. A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre juntos.	1	2	3	4	5
12. En nuestra familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión.	1	2	3	4	5
13. Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles.	1	2	3	4	5
14. En nuestra familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas.	1	2	3	4	5
15. Los miembros de la familia comparten intereses y hobbies.	1	2	3	4	5
16. Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes.	1	2	3	4	5
17. Los miembros de la familia se consultan unos a otros sus decisiones.	1	2	3	4	5
18. Los padres y los hijos hablan juntos sobre el castigo.	1	2	3	4	5
19. La unidad familiar es una preocupación principal.	1	2	3	4	5
20. Los miembros de la familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas.	1	2	3	4	5

Ya queda poco, ¡gracias por su tiempo!

5

Ahora pasamos a preguntarle por otro tipo de cuestiones.
Personas importantes en su vida, con las que usted y su familia pueden contar cuando necesitan ayuda o apoyo.



1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Vd.?
(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que le ocurre).

Escriba el número de amigos íntimos ___ y familiares cercanos ___

2. La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda.
¿Con qué frecuencia dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?
(Marque con una X)

¿Cuenta con ALGUIEN...?	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE LAS VECES	SIEMPRE
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama.					
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar.					
4. Que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite.					
6. Que le muestre amor y afecto.					
7. Con quien pasar un buen rato					
8. Que le informe y ayude a entender la situación.					
9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Que le abrace.					
11. Con quien pueda relajarse.					
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Cuyo consejo realmente desee.					
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.					
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.					
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.					
18. Con quién divertirse.					
19. Que comprenda sus problemas.					
20. A quien amar y hacerle sentirse querido.					

¡Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar, todas son importantes! 6

Anexo 2. Cuestionario post-test



“Validación de la escala de autopercepción del estado de salud familiar”.

Este estudio está destinado a la creación de una escala para valorar la salud de las familias, es decir, del grupo de personas con las que convive. Su participación es totalmente voluntaria y consistirá en contestar a las preguntas del cuestionario. Con sus respuestas podrá ayudar a otras familias, una vez obtenidos los resultados del estudio.

La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio, los datos de carácter personal obtenidos son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

Puede preguntar a la persona que le ofrece el cuestionario todo lo que desee sobre el estudio.

Instrucciones:

Le tomara unos minutos cumplimentarlo. Por favor, tómese su tiempo y no deje ninguna pregunta sin contestar, si no entiende alguna pregunta pida al encuestador que se la aclare. Sea lo más sincero/a posible, los datos se analizaran de forma anónima.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: validación de la escala de Autopercepción del estado de salud familiar.

- He leído la información de la página anterior sobre el estudio de Validación de criterios de la Escala de Autopercepción del estado de salud familiar.
- He podido hacer preguntas, y he recibido suficiente información sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Deseo ser informado/a de mis datos que se obtengan en el curso de la investigación.
Si ___ No ___ (Indique mail o teléfono en caso afirmativo)

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto.

Firma del participante

Firma del profesional informador

Nombre y apellidos:	Nombre y apellidos:
Fecha:	Fecha:

Los siguientes datos nos permitirán reunir este cuestionario con un segundo que conocerá en más o menos una semana, indique, por favor:

Fecha de nacimiento (de usted, día/mes/año)	Nombre del padre (solo nombre)	Nombre de la madre (solo nombre)
---	--------------------------------	----------------------------------

Por favor responda marcando con una X, sólo una de las siguientes opciones:

(N) Nunca	(CN) Casi Nunca	(AV) A veces	(CS) Casi Siempre	(S) Siempre
-----------	-----------------	--------------	-------------------	-------------

En mi familia:	N	CN	AV	CS	S
1. Las cosas se hacen de la forma establecida.					
2. Se da mucha importancia a cumplir las normas.					
3. Tenemos ideas muy precisas de lo que está bien o mal.					
4. El dinero se administra de manera cuidadosa.					
5. Se valora la realización de actividades intelectuales (lectura, estudio...)					
6. Acudimos a actividades culturales (cine, teatro, conciertos).					
7. Nos informamos de lo que pasa a nuestro alrededor.					
8. Nos sentimos comprendidos por los demás.					
9. Cuando tengo un problema puedo comentarlo.					
10. Nos apoyamos realmente los unos a los otros.					
11. Nos ayudamos los unos a los otros.					
12. Realmente nos llevamos bien unos con otros.					
13. Confiamos los unos en los otros.					
14. Tenemos mucho espíritu de grupo.					
15. En las decisiones importantes participamos todos.					
16. Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo.					
17. Nos sentimos orgullosos de nuestra familia.					
18. Cada uno cumple sus obligaciones.					
19. Cada cual tiene claro lo que tiene que hacer.					
20. Aceptamos y cumplimos las reglas establecidas.					
21. Nos comunicamos sin rodeo.					
22. Somos flexibles a la hora de organizarnos en casa.					
23. Sabemos claramente quien tiene la autoridad.					
24. Tenemos cubiertas las necesidades básicas.					
25. Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura.					
26. Nos cuidamos unos a otros.					
27. Sabemos cómo obtener ayuda de instituciones públicas.					
28. Sabemos a dónde dirigimos para buscar ayuda profesional.					
29. Sabemos cómo acceder a los servicios municipales.					
30. Sabemos qué hacer cuando tenemos un problema de salud.					
31. Valoramos tener hábitos saludables.					
32. Nos preocupamos por mantenernos sanos.					
33. Nos anticipamos a los problemas para prevenirlos.					
34. Estamos satisfechos con nuestra vivienda.					
35. Consideramos suficientes nuestros recursos.					
36. Contamos con gente que nos echa una mano si lo necesitamos.					
37. Si es necesario nos organizamos de otra manera.					
38. No se deciden soluciones sin contar con toda la familia.					
39. Nos enfrentamos a los problemas para solucionarlos.					
40. Intentamos conocer las causas de los problemas.					
41. Tratamos de informarnos de las posibles soluciones.					
42. Estamos atentos a los problemas que puedan afectarnos.					

¡Por favor no deje ninguna pregunta sin contestar, todas son importantes!

En las últimas 2 semanas, o desde que rellenó el primer cuestionario, ¿ha ocurrido alguno de estos eventos, que pudieron afectar a su familia?



Situaciones, tanto positivas como negativas, que pudieron alterar su vida cotidiana en distinta medida, haciéndoles sentir tensión, nerviosismo, estrés, o mayores esfuerzos cotidianos.

De la lista indique qué sucesos se produjeron en su familia y cuántas veces ocurrió. Valore de 0 a 10 el nivel de afectación que implicó, siendo 0 muy bajo y 10 muy alto.

Nº de veces	Situación	(0-10)	Nº de veces	Situación	(0-10)
	Muerte del cónyuge.			Hijo o hija que deja el hogar.	
	Divorcio.			Problemas legales.	
	Separación matrimonial.			Logro personal notable.	
	Encarcelación.			La esposa comienza o deja de trabajar	
	Muerte de un familiar cercano			Comienzo o fin de escolaridad.	
	Lesión o enfermedad personal			Cambio en las condiciones de vida.	
	Matrimonio.			Revisión de hábitos personales.	
	Despido del trabajo.			Problemas con el jefe.	
	Paro.			Cambio de turno o de condiciones laborales.	
	Reconciliación matrimonial.			Cambio de residencia.	
	Jubilación.			Cambio de colegio.	
	Cambio de salud de un miembro de la familia.			Cambio de actividad de ocio.	
	Drogadicción y/o alcoholismo.			Cambio de actividad religiosa.	
	Embarazo.			Cambio de actividades sociales.	
	Dificultades o problemas sexuales.			Cambio de hábito de dormir.	
	Incorporación de un nuevo miembro a la familia.			Cambio en el número de reuniones familiares.	
	Reajuste de negocio.			Cambio de hábitos alimentarios.	
	Cambio de situación económica			Vacaciones.	
	Muerte de un amigo íntimo.			Navidades.	
	Cambio en el tipo de trabajo.			Leves transgresiones de la ley.	
	Mala relación con el cónyuge			(otros indicar)	
	Juicio por crédito o hipoteca.			(otros indicar)	
	Cambio de responsabilidad en el trabajo.			(otros indicar)	

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

4

Anexo 3. Aprobación del Comité de ética coordinador de la Investigación

Biomédica de Andalucía

JUNTA DE ANDALUCÍA	CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía
---------------------------	---

DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/D^a: Joaquín Alanís López como secretario/a del Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía

CERTIFICA

Que este Comité refrendará de oficio en la reunión celebrada en el día 20/12/2017 la propuesta de (No hay promotor/a asociado/a) para realizar el estudio de investigación titulado:

Título del estudio:	VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD FAMILIAR. ANÁLISIS DE VALIDEZ, CONFIABILIDAD Y UTILIDAD
Protocolo, Versión:	1
HIP, Versión:	1
CI, Versión:	1

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.


La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

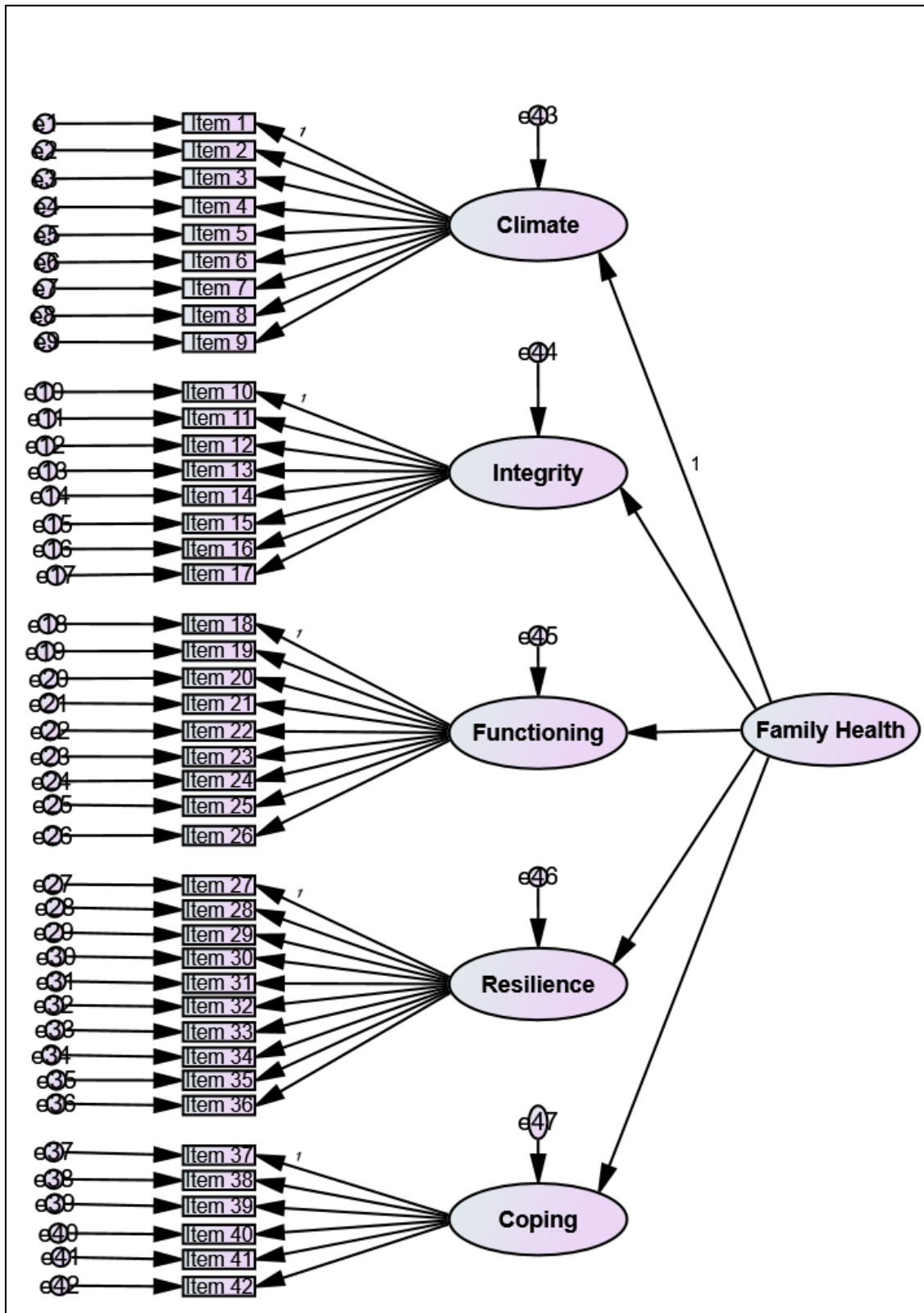
Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Lo que firmo en a 09/03/2018

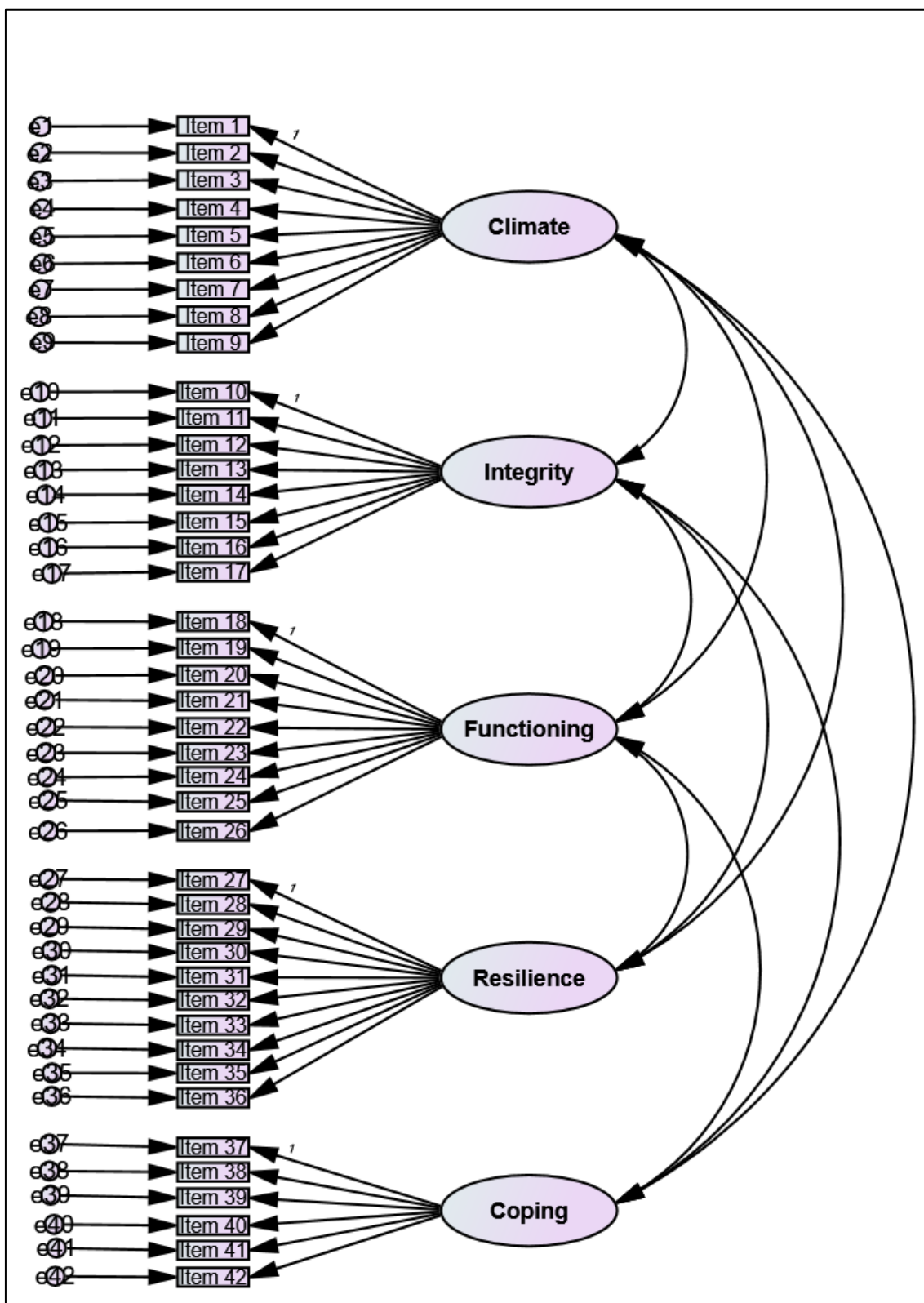
	D/D ^a : Joaquín Alanís López , como Secretario/a del Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía
---	--

Anexo 4. Modelo de partida propuesto para el análisis factorial confirmatorio



Nota: Los "Regression weigh"=1 de cada error fueron ocultados para mejor visibilidad

Anexo 5. Modelo modificado 2 propuesto para el análisis factorial confirmatorio



Nota: Los “Regression weigh”=1 de cada error fueron ocultos para mejor visibilidad

Anexo 6. Propuesta de versión reducida de la escala, AESFAv2

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Las cosas se hacen de una forma establecida					
2. Se da mucha importancia a cumplir las normas					
3. El dinero se administra de manera cuidadosa					
4. Tenemos cubiertas las necesidades básicas					
5. Mantenemos la casa limpia, ordenada y segura					
6. Se valora la realización de actividades intelectuales.					
7. Nos informamos de lo que pasa en nuestro alrededor					
8. Cuando tengo un problema puedo comentarlo					
9. Nos apoyamos realmente los unos a los otros					
10. Nos ayudamos los unos a los otros					
11. Tenemos mucho espíritu de grupo					
12. En las decisiones importantes participamos todos					
13. Cuando tenemos un problema acudimos todos a resolverlo					
14. Somos flexibles a la hora de organizarnos en casa					
15. Nos cuidamos unos a otros					
16. No se deciden soluciones sin contar con toda la familia					
17. Nos comunicamos sin rodeos					
18. Sabemos cómo obtener ayuda de instituciones públicas					
19. Sabemos cómo acceder a los servicios municipales					
20. Sabemos qué hacer cuando tenemos un problema de salud					
21. Consideramos suficientes nuestros recursos					
22. Valoramos tener hábitos saludables					
23. Nos preocupamos por mantenernos sanos					

24. Nos anticipamos a los problemas para prevenirlos					
--	--	--	--	--	--

Leyenda de ítems: 1-7 Clima social familiar (1-5 Aspectos normativos, 6-7 factores externos), 8-17 Integridad familiar, 18-24 Resiliencia familiar (18-21 recursos comunitarios, 22-24 Mantenimiento de salud).

Codificación: nunca (0), casi nunca (1), a veces (2), casi siempre (3) y siempre (4).

Rango de puntuación: 0-96