

## Adaptación y Validación del Instrumento *Inventory of Family Protective Factors* para la cultura portuguesa

Cláudia Cristina Vieira Carvalho de Oliveira Ferreira Augusto<sup>1</sup>

Beatriz Rodrigues Araújo<sup>2</sup>

Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues<sup>3</sup>

Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo<sup>4</sup>

Objetivos: adaptar y validar el *Inventory of Family Protective Factors* (IFPF) para la cultura portuguesa. Este instrumento evalúa los factores protectores que contribuyen para la resiliencia familiar. Los estudios sobre resiliencia se insieren en el paradigma salutogénico, abordando los factores protectores de los individuos o grupos, sin subestimar los factores de riesgo o vulnerabilidad. Método: para evaluar la equivalencia lingüística y conceptual del IFPF realizamos la traducción, retrotraducción y reflexión hablada; para evaluar las características psicométricas del instrumento verificamos la sensibilidad, confiabilidad y la validez de los resultados. Realizamos un análisis factorial de los componentes principales con rotación varimax de los ítems de la escala y calculamos el coeficiente Alpha de Cronbach para cada dimensión. A través de un muestreo aleatorio simple, aplicamos este instrumento a 85 familias de niños con necesidades especiales que lo autollenaron. Resultados: el IFPF presenta características psicométricas adecuadas para la población portuguesa (alfa de Cronbach de 0,90). Conclusión: el IFPF fue adaptado y validado para la cultura portuguesa. Consideramos que se trata de un instrumento útil para estudios que se propongan evaluar los factores protectores de la resiliencia familiar.

Descriptores: Familia; Resiliencia Psicológica; Validez de las Pruebas.

<sup>1</sup> Estudiante de doctorado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal. Asistente, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho, Minho, Portugal.

<sup>2</sup> PhD, Profesor Asociado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Coordinador, Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Coordinador, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

Correspondencia:

Cláudia Cristina Vieira Carvalho de Oliveira Ferreira Augusto  
Universidade do Minho. Escola Superior de Enfermagem  
3º Piso – Edifício da Biblioteca Geral (BGUM)  
Campus de Gualtar  
4710-057, Braga, Portugal  
E-mail: coliveira@ese.uminho.pt

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

Una de las preguntas que emergen actualmente en el seno de la comunidad científica, explícitamente entre los profesionales de la salud y de la educación, es el hecho de que determinadas familias, frente a una situación de adversidad, consiguen ajustarse, responder positivamente y salir fortalecidas, optimistas y renovadas, o sea transformadas positivamente. La resiliencia es la capacidad de superar una situación que podría haber sido traumática, con una fuerza renovada, ella implica en una adaptación positiva a las dificultades, un desarrollo normal a pesar de los factores de riesgo y un dominio de sí mismo después de un traumatismo<sup>(1)</sup>.

Los primeros estudios que exploraron el concepto de resiliencia enfocaron las características personales y las estrategias de *coping* desarrolladas individualmente (adulto o niño) para hacer frente a situaciones adversas. Uno de los primeros estudios sobre las respuestas adaptativas a las situaciones adversas fue desarrollado en la década del 70 con niños considerados de alto riesgo; estos no reflejaban las privaciones a que eran sujetas, al contrario, crecieron y se tornaron más fuertes que otros que se encontraban en una situación semejante<sup>(2)</sup>. La investigación en resiliencia se extendió a varias edades y a diferentes tipos de adversidad como pobreza y violencia<sup>(2)</sup>, maltrato<sup>(3)</sup>, y enfermedad crónica<sup>(4)</sup>. Un grupo de investigadores también investigó la relación de este concepto con las características culturales, y étnicas de indios americanos y hawaianos<sup>(5)</sup>. Estos estudios apuntan para una noción de resiliencia enfocada en las cualidades personales de resiliencia, tales como la autonomía y la autoestima.

Recientemente, algunos autores cambiaron el enfoque de atención de la resiliencia personal, basada en los recursos individuales, para un concepto de resiliencia familiar como producto de las relaciones familiares<sup>(6)</sup>. La resiliencia familiar se percibe como una habilidad de la familia para cultivar fuerzas que permiten lidiar con los cambios en la vida. Subyacentes a este concepto están determinadas características, dimensiones y propiedades que facilitan la adaptación de la familia al cambio y a las situaciones de crisis. Esta perspectiva reconoce las fuerzas y las dinámicas de relaciones familiares y considera que el *estrés* familiar y los cambios no constituyen un obstáculo, más bien son una oportunidad de crecimiento<sup>(7)</sup>.

Las estrategias de *coping* utilizadas por la familia para lidiar con las situaciones de *estrés* tienen por objetivo su adaptación. Hay que considerar las diferencias entre

resiliencia y *coping*. La resiliencia presupone dos procesos: el primero consiste en las modalidades de resistencia al estrés, por tanto la capacidad de enfrentar (corresponde al *coping*); y el segundo está más relacionado con la capacidad de proseguir el desarrollo y aumentar sus competencias en una situación adversa<sup>(1)</sup>. De esta forma, el enfoque de la resiliencia familiar se centra en áreas fundamentales que permiten el fortalecimiento familiar, frente a situaciones de crisis, explícitamente: 1) la atribución de significado a la adversidad; 2) la esperanza y optimismo; 3) la espiritualidad, la flexibilidad, la cohesión, el compartir la recreación, la comunicación familiar, el compartir el ocio, rutinas y rituales; y 4) las redes de apoyo y la capacidad de la familia para su mantención<sup>(7-8)</sup>.

A partir de los recursos adaptativos de la familia, se constituyen procesos cruciales para la resiliencia familiar, el sistema de creencias, los estándares y organización familiar, así como los procesos de comunicación<sup>(6)</sup>. El conocimiento y estudio de los factores protectores de las familias son resultados importantes para que los enfermeros perciban los procesos fundamentales que ayudan a las familias a enfrentar sus transiciones. Actualmente, la investigación sobre el fenómeno de los factores protectores, anclada en el concepto de resiliencia<sup>(7)</sup> ha contribuido con evidencias que permiten a los profesionales y a otras personas extraer las competencias y el potencial de cada persona o familia en su totalidad e incentivan el proceso activo de reestructuración y crecimiento<sup>(6)</sup>. Este abordaje que enfatiza las fuerzas familiares para disminuir la vulnerabilidad y los factores de riesgo no es patente en la mayoría de los contextos de la investigación y de la práctica de los cuidados. Así, los estudios sobre resiliencia familiar se encuentran en una etapa muy precoz, lejos de tornarse estudios con una fuerte evidencia empírica, constituyendo un vasto campo de investigación<sup>(7)</sup>.

Encontramos algunos instrumentos que permiten evaluar la familia bajo la perspectiva de sus fuerzas. Por ejemplo: *Family Inventory of Resources for Management*<sup>(8)</sup>, *Family Hardiness Index*<sup>(9)</sup>, *Family Resource Scale*<sup>(10)</sup> y *Inventory of Family Protective Factors*<sup>(11)</sup>. Describimos en la Figura 1 las principales características de estos instrumentos, en lo que concierne a las dimensiones evaluadas, número de ítems, formato y características psicométricas.

Algunos de estos instrumentos no son muy utilizados por los profesionales por su complejidad y, sobre todo, por el tiempo que exige su administración. Seleccionamos para este estudio el instrumento *Inventory of Family Protective Factors*<sup>(11)</sup> porque permite a los profesionales,

de una forma breve, evaluar los factores protectores de la familia que contribuyen para la resiliencia familiar. El IFPF fue desarrollado y validado por cinco investigadores norteamericanos de las universidades *Lehigh University*, *New Mexico State University* y *University of Wisconsin – River Falls*, basado en el *Modelo de Adaptación Familiar*<sup>(12)</sup>. En este contexto los factores protectores son evaluados por oposición a factores de riesgo, significando que ciertas familias tienen determinados atributos y recursos que les permiten superar y tirar partido de la exigencia inherente a los procesos de transición, sean ellos de desarrollo o situacionales<sup>(6)</sup>.

El *Inventory of Family Protective Factors* (IFPF) evalúa cuatro dimensiones que influyen la protección de la familia: necesidades habituales, adaptación, soporte social y experiencias gratificantes y significativas, de acuerdo con lo descrito en la Figura 2. El valor de alfa de Cronbach para el instrumento en su globalidad es de 0,88. Los coeficientes obtenidos en la versión original, tal como podemos observar en la Figura 2, sugieren buenos índices de consistencia interna en la generalidad de las 4 dimensiones del IFPF (valores iguales o superiores a 0,70) con la excepción de la dimensión “necesidades habituales”.

Cada ítem es respondido en una escala tipo *Likert*, con 5 opciones de respuesta: 1) Casi siempre; 2) Generalmente; 3) A veces; 4) Raramente; 5) Nunca. El instrumento da origen a un puntaje de los factores protectores con un máximo de 75 y un mínimo de 15. Los procedimientos de construcción del IFPF garantizan *a priori* un instrumento con parámetros adecuados de sensibilidad, confiabilidad y validez. Para evaluar las características psicométricas de confiabilidad y validez de constructo del IFPF, para la población portuguesa, aplicamos este instrumento a familias de niños con necesidades especiales por considerar que esta condición impone alteraciones irreversibles en la vida del niño y su respectiva familia, tornándose en una experiencia multidimensional tanto para ella como para su familia<sup>(13)</sup>.

Frente a lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue adaptar y validar el IFPF para la cultura portuguesa teniendo como objetivo obtener un instrumento multidimensional que permita evaluar los factores protectores que contribuyen para la resiliencia familiar, que podrá ser utilizado por enfermeros y por otros profesionales de las áreas de la salud y de la educación.

Instrumento	Autor, año	Dimensiones evaluadas	Nº ítems	Formato	Características Psicométricas
Inventory of family protective factors (IFPF)	Gardner et al., 2008	Necesidades habituales, soporte social, adaptación, experiencias gratificantes y significativas	15	Autollenado Escala tipo <i>likert</i>	Alfa de Cronbach: 0,87
<i>Family Inventory of Life Events and Change</i> (FILE)	H. I. McCubbin, Patterson & Wilson, 1996	Necesidades de la familia (del último año): finanzas, empleo, enfermedad y cuidado	71	Autollenado Escala tipo <i>likert</i>	Alfa de Cronbach: 0,81
<i>Family Inventory of resources for management</i> (FIRM)	H. I. McCubbin et al, 1996	Recursos internos y externos de la familia	69	Autollenado Escala tipo <i>likert</i>	Alfa de Cronbach: 0,85
<i>Family Hardiness Index</i> (FHI)	M. A. McCubbin et al., 1991	Percepción individual de la fuerza de la familia y del control sobre las situaciones adversas	20	Autollenado Escala tipo <i>likert</i>	Alfa de Cronbach: 0,91

Figura 1 – Características de algunos instrumentos de evaluación familiar que tienen como perspectiva las fuerzas y los recursos de la familia

Dimensiones	Descripción	Número de ítems	Alfa de Cronbach
Necesidades habituales	Evalúa si la familia tiene más experiencias positivas o negativas en el ámbito de la salud, situación financiera, familia y amigos y trabajo/escuela.	3	0,53
Adaptación	Incluye la percepción de la familia relativa a la autoestima, optimismo, creatividad y desenvoltura.	4	0,83
Soporte social	Evalúa la existencia de, por lo menos, una buena relación con una persona que presta apoyo, que es cariñosa, en quien se puede confiar y que se interesa por la familia.	4	0,94
Experiencias gratificantes y significativas	Evalúa la experiencia de la familia de dominio en un contexto de adversidad que incluye sentimientos de control positivo, en algunas de las situaciones que presentan desafíos.	4	0,82

Figura 2 – Dimensiones del *Inventory of Family Protective Factors*: descripción, número de ítems y valores de *Alfa de Cronbach*

## Método

Para el proceso de adaptación y validación del instrumento de medida fue adoptado un referencial teórico metodológico<sup>(14)</sup> que comprende un análisis cualitativo y otro cuantitativo de los ítems.

En lo que concierne al análisis cualitativo, realizamos los procedimientos necesarios a la equivalencia lingüística y conceptual. Después del contacto con los autores, tomamos conocimiento de que este instrumento nunca había sido utilizado en la población portuguesa y obtuvimos autorización para iniciar el proceso de validación de la escala. Realizamos inicialmente la equivalencia lingüística con la traducción efectuada por dos personas bilingües, una enfermera y otra psicóloga. Fueron seleccionadas por el dominio de la lengua, por el conocimiento del área de estudio y de la muestra seleccionada. Después de la traducción fueron comparadas las dos versiones y como no se registraron diferencias significativas entre ambas, la versión en portugués fue entregada a un tercer traductor que no tenía conocimiento de la versión original, él que efectuó la retrotraducción. Comparamos todas las versiones (original, traducción y retrotraducción) y no encontramos discordancias significativas. Enviamos nuevamente para los autores, esta versión de la escala para que procedieran a evaluar la equivalencia en la lengua inglesa de cada ítem y obtuvimos autorización para su utilización.

Procedimos, posteriormente, a realizar la equivalencia conceptual del instrumento. Así, sometimos la última versión traducida a un comité de cinco jueces, tres enfermeros con experiencia en salud familiar, un médico de medicina general y familiar y un psicólogo con formación en terapia familiar que analizaron el instrumento y sugirieron pequeños ajustes en el nivel de la claridad y comprensión de las instrucciones.

El proceso de análisis cualitativo, fue concluido después de la reflexión hablada (*thinking aloud*) con un conjunto de cinco familias semejantes a las muestras en estudio. En esta fase, aplicamos el instrumento y registramos todas las verbalizaciones de los sujetos. Quedamos con la noción del formato y apariencia visual, la comprensión de las instrucciones, la comprensión de los diferentes ítems y la receptividad y adhesión a los contenidos. Al final de este análisis lingüístico y conceptual, obtuvimos una versión provisoria del instrumento en portugués, la que aplicamos a la muestra en estudio para proceder al análisis cuantitativo de los ítems.

En este segundo análisis, evaluamos las características psicométricas del instrumento por medio de la verificación de la precisión o confiabilidad y de la validez de los resultados.

Para comprobar la confiabilidad recurrimos al sentido de consistencia interna dado por el coeficiente *Alpha de Cronbach* para cada dimensión. Para la validación del constructo realizamos un análisis factorial de los componentes principales con rotación varimax, de los ítems de la escala teniendo como objetivo identificar los factores subyacentes. Realizamos la Prueba KMO y la Prueba de Esfericidad de Bartlett para verificar la adecuación de la muestra para la realización del análisis factorial. Para que el análisis factorial fuese armonioso y confiable tuvimos como presupuesto no aceptar cualquier saturación por abajo de 40%.

El estudio fue realizado en el distrito de Braga (Portugal) en seis instituciones que integran el *Sistema Nacional de Intervención Precoz en la Infancia* (SNIPI) y que, por tanto, prestan apoyo integrado centrado en el niño y en la familia, incluyendo acciones de naturaleza preventiva y de rehabilitación, específicamente en el ámbito de la educación, de la salud y de la acción social. En el dimensionamiento de la muestra, seguimos el criterio de la validación que preconiza cinco participantes por cada ítem de la escala<sup>(15)</sup>, resultando en, por lo menos, 75 elementos. Así, participaron 85 familias de niños con necesidades especiales, seleccionadas por muestreo aleatorio simple. A través del SNIPI, accedemos a las 85 familias que autollenaron el instrumento en las referidas instituciones. La recolección de datos se realizó entre los meses de septiembre y diciembre de 2011; los datos fueron analizados con el programa *IBM SPSS Statistics* para *Windows*, versión 20.0.

Los aspectos éticos fueron salvaguardados con aprobación, expresa por escrito, por parte de las direcciones de las instituciones en las cuales se desarrolló este estudio. Posteriormente, el consentimiento informado escrito fue obtenido de las familias, asegurando la confidencialidad, la privacidad y el anonimato de las respuestas. Finalmente, debido a la naturaleza privada de la temática bajo análisis, se decidió no revelar el nombre de las instituciones frecuentadas por estas familias.

## Resultados

Las familias tienen niños con edades comprendidas entre 3 meses y 18 años, con un promedio de edades de 8,5 años, predominantemente del sexo masculino (73%)

y con parálisis cerebral (90%). En términos del contexto escolar, 66% de los niños frecuentan la enseñanza regular, 23% frecuentan establecimientos destinados apenas a la enseñanza especial y 11% permanecen en el domicilio, sin frecuencia de cualquier tipo de enseñanza. Esta parcela de 11% de la muestra corresponde fundamentalmente a niños con edades comprendidas entre los 16 y 18 años y que concluyeron su recorrido escolar. Verificamos, además, que permanecen en el domicilio y que de acuerdo con los padres poseen escasa oferta de formación y desarrollo.

En la muestra en estudio prevalece el tipo de familias nucleares (77%) seguido de familias ampliadas (13%). En cuanto al área de proveniencia, de acuerdo con los criterios de la clasificación Tipología de Áreas Urbanas (TIPAU), 47% es proveniente de un área predominantemente urbana, 33% de un área medianamente urbana y 20% de un área predominantemente rural. De la notación social de la familia, según la Escala de Graffar, encontramos que 57% pertenecen a la clase media, seguida de 20% de la clase media baja y 17% de la clase media alta. De acuerdo con la escala de Apgar Familiar constatamos que 81% de las familias se ven como altamente funcionales, 15% con moderada disfunción y 4% con disfunción acentuada.

En el presente estudio el valor de *Alfa de Cronbach* para el instrumento en su totalidad fue de 0,90, superando al estudio original, cuyo Alfa fue de 0,81<sup>(11)</sup>. En la Figura 3 se encuentran expresados los valores del Alfa de Cronbach por dimensión y número de ítems.

Los valores del Alfa de Cronbach sugieren buenos índices de consistencia interna en la generalidad de las 4 dimensiones del IFPF (valores iguales o superiores a 0,60), con la excepción de la dimensión "Necesidades habituales" que presenta un coeficiente inferior y que se situó en 0,57 pero que consideramos por ser un valor todavía superior al estudio original (0,53).

En la Figura 4 presentamos las correlaciones de cada ítem con el Índice Total de la Intensidad del IFPF y el valor Alfa de Cronbach si el respectivo ítem fuese eliminado.

El coeficiente del Alfa de Cronbach global, si los ítems fuesen eliminados, varió entre 0,89 y 0,90, lo que revela que los ítems contribuyen conjuntamente y equitativamente para la evaluación del constructo.

En el estudio del conjunto de dimensiones del IFPF efectuada por los autores de la escala original por medio de un análisis factorial exploratorio, proveniente de una aplicación de la escala a lo largo de 3 momentos distintos, permitió identificar cuatro factores: factor 1 - necesidades habituales (ítems 1-4, retirando el ítem 3); factor 2 - adaptación (ítems 5-8); factor 3 - soporte social (ítems 9-12) y factor 4 - experiencias gratificantes y significativas (ítems 13-16). Estos cuatro factores explican en su conjunto 66,9% de la variancia de los resultados en las cuatro dimensiones.

En lo que se refiere a la validez del constructo, los ítems del IFPF fueron sometidos al análisis factorial de componentes principales, tal como presentamos en la Figura 5.

Realizamos el análisis factorial, inicialmente sin predefinir el número de factores, con rotación varimax y *eigenvalue* 1. La Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la Prueba de Esfericidad de Bartlett (TEB <0,05), permitieron conferir la adecuación de la muestra para la realización del análisis factorial (KMO = 0,82; TEB = 1575,58, p <0,000). Así, el análisis factorial reveló cuatro factores, explicando 80,7% de la variancia total. A pesar de existir, desde el punto de vista teórico, una relación entre los ítems destacamos que ninguno saturó de forma significativa en más de un factor. Concretamente, después de la rotación varimax: el factor I, relacionado con soporte social y que evalúa la existencia de, por lo menos, una buena relación con una persona que presta apoyo, que es cariñosa, en quien pueden confiar y que se interesa por la familia, explica 46.4% de la variancia total; el factor II, corresponde a las experiencias gratificantes y significativas que evalúa la experiencia de la familia en un contexto de adversidad explica 15,5% de la variancia total; el factor III, relativo a la adaptación que incluye la percepción de la familia relativa a la autoestima, optimismo, creatividad y falta de complicaciones y explica 11,2% de la variancia total; y, el factor IV, más relacionado con las necesidades y evalúa si la familia tiene más experiencias positivas o negativas en el ámbito de la salud, situación financiera, familia y amigos y trabajo o escuela y explica 7,6% de la variancia total.

Los resultados del análisis de consistencia interna del IFPF indican que los valores para cada uno de los cuatro factores encontrados en el análisis factorial presentan índices de consistencia interna buenos, con valores Alfa de Cronbach que varían entre 0,57 y 0,93.

Dimensiones	Número de ítems	Alfa de Cronbach (estudio original)	Alfa de Cronbach
Necesidades habituales	3	0,53	0,57
Adaptación	4	0,84	0,90
Soporte Social	4	0,92	0,99
Experiencias gratificantes y significativas	4	0,87	0,93

Figura 3 – Dimensiones, número de ítems y valores del Alfa de Cronbach del IFPF. Distrito de Braga, Portugal, 2011

Dimensión/Ítems	Promedio	DE	r itc*	Alpha de Cronbach si ítem eliminado
<b>Necesidades Habituales</b>				
1) Hubo más experiencias positivas que problemas de salud en los últimos tres meses	2,0	1,36	0,23	0,91
2) Hubo más experiencias positivas que problemas financieros en nuestra familia en los últimos tres meses	2,7	1,58	0,42	0,90
3) Nuestra familia tuvo más experiencias positivas que problemas con el trabajo/escuela en los últimos tres meses	2,1	1,32	0,35	0,90
<b>Adaptación</b>				
4) Nuestra familia es optimista y se concentra, en la mayor parte de las situaciones, en los aspectos positivos	2,1	1,05	0,47	0,90
5) Nuestra familia es creativa, sin complicaciones e independiente	1,8	1,02	0,63	0,89
6) La mayor parte de las personas cree que nuestra familia es simpática/acogedora y le gusta convivir con nosotros	1,8	1,03	0,71	0,89
7) Nuestra familia es competente y tiene "su orgullo"	1,7	0,99	0,72	0,89
<b>Soporte Social</b>				
8) Nuestra familia tiene una buena relación con, por lo menos, una persona que nos apoya	1,6	1,19	0,71	0,89
9) Nuestra familia puede contar con, por lo menos, una persona cariñosa	1,6	1,19	0,70	0,89
10) Nuestra familia puede confiar, por lo menos, en una persona	1,6	1,18	0,70	0,89
11) Nuestra familia tiene, por lo menos, una persona que se interesa por nosotros	1,6	1,19	0,70	0,89
<b>Experiencias Gratificantes y Significativas</b>				
12) Nuestra familia ha sido capaz de resolver algunos (no todos) de nuestros problemas autónomamente	1,7	1,11	0,69	0,89
13) Nuestra familia tiene control sobre muchos (no todos) de los acontecimientos de nuestra vida	1,9	1,14	0,65	0,89
14) Nuestra familia ha aguantado uno o más factores agotadores de nuestra vida	1,9	1,11	0,70	0,89
15) Muchas veces, nuestra familia ha sido capaz de superar y "sacar partido" de una mala situación	2,3	1,17	0,65	0,89
Alfa Global	0,90			

\*r itc – coeficiente de correlación del ítem corregido

Figura 4 – Resultados del Análisis de Consistencia Interna del IFPF (n=85). Distrito de Braga, Portugal, 2011

Ítems	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
<b>Soporte Social</b>				
8. Nuestra familia tiene una buena relación con, por lo menos, una persona que nos apoya	0,95			
9. Nuestra familia puede contar con, por lo menos, una persona cariñosa	0,95			
10. Nuestra familia puede confiar, por lo menos, en una persona	0,96			
11. Nuestra familia tiene, por lo menos, una persona que se interesa por nosotros	0,96			
<b>Experiencias Gratificantes y Significativas</b>				
12. Nuestra familia ha sido capaz de resolver algunos (no todos) de nuestros problemas por sí mismo (autónomamente)		0,86		
13. Nuestra familia tiene control sobre muchos (no todos) de los acontecimientos de nuestra vida		0,89		
14. Nuestra familia ha aguantado uno o más factores agotadores de nuestra vida		0,87		
15. Muchas veces, nuestra familia ha sido capaz de superar y "sacar partido" de una mala situación		0,79		

(La figura 5 continúa en la próxima pantalla)

Ítems	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
<b>Adaptación</b>				
4. Nuestra familia es optimista y se concentra en los aspectos positivos en la mayor parte de las situaciones			0,72	
5. Nuestra familia es creativa, sin complicaciones e independiente			0,88	
6. La mayor parte de las personas cree que nuestra familia es simpática/acogedora y le gusta convivir con nosotros			0,86	
7. Nuestra familia es competente y tiene "su orgullo"			0,82	
<b>Necesidades Habituales</b>				
1. Hubo más experiencias positivas que problemas de salud en los últimos tres meses				0,70
2. Hubo más experiencias positivas que problemas financieros en nuestra familia en los últimos tres meses				0,76
3. Nuestra familia tuvo más experiencias positivas que problemas con el trabajo/escuela en los últimos tres meses				0,67
Total de variancia explicada – 80,7%	46,4%	15,5%	11,2%	7,6%
Valor propio	6,95	2,32	1,68	1,14
Medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin – 0,82				
Prueba de Esfericidad de Bartlett – 1575,58 p<0,000				

Figura 5 – Resultados del análisis factorial de componentes principales del IFPF. Distrito de Braga, Portugal, 2011

## Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio demuestran que el IFPF presenta características psicométricas adecuadas en la población portuguesa de familias de niños con necesidades especiales.

La dimensión "necesidades habituales" presentó un coeficiente de consistencia interna inferior que pensamos está relacionado con el hecho de que los ítems de esta dimensión, al contrario de las otras, restringieron la evaluación a los últimos tres meses. Esta limitación fue detectada también por los autores del estudio original, que optaron por mantener esta circunscripción de tiempo una vez que estos ítems se refirieron a situaciones potencialmente transitorias como es el caso de la salud, situación financiera, amigos y trabajo/escuela de los elementos de la familia. Utilizamos el mismo criterio y optamos por mantener en nuestro estudio la redacción de los ítems con referencia a los últimos tres meses. Pensamos que este aspecto deberá ser considerado en investigaciones futuras.

Las pruebas estadísticas que realizamos para validar el constructo de factores protectores que contribuyen para la resiliencia familiar, a través de las cuatro dimensiones: necesidades habituales; adaptación; soporte social; y, experiencias gratificantes y significativas, demuestran relaciones lógicas y muestran la contribución de los 15 ítems para la escala en su totalidad. De acuerdo con el Modelo de Adaptación Familiar<sup>(12)</sup>, subyacente a la construcción de este inventario, la adaptación, el soporte social y las experiencias gratificantes y significativas representan el proceso de protección familiar e interactúan con las

necesidades en la predicción de la adaptación. Frente al nacimiento o surgimiento de un niño con necesidades especiales la familia moviliza recursos para mantener el equilibrio, hace la evaluación de la situación, utiliza los patrones de resolución de problemas y de *coping* familiar. En esta situación, los profesionales de la salud, teniendo como base el contexto y características familiares, pueden identificar y orientar a la familia a movilizar los recursos necesarios a la administración de la situación adversa a que fue sujeta<sup>(16)</sup>.

La resiliencia familiar constituye un proceso dinámico: una familia delante de determinada ocasión o situación adversa puede movilizar recursos para hacerle frente y en otra situación no lo conseguir, lo que corrobora la opinión de otros autores que consideran que la evaluación de la resiliencia familiar no puede ser generalizada a lo largo del tiempo<sup>(7)</sup>. Sugerimos, así, un acompañamiento de los factores protectores en diferentes momentos y circunstancias. En las familias de niños con necesidades especiales, los momentos de evaluación podrían coincidir con los marcos de desarrollo infantil que estos niños pueden alcanzar tardíamente o nunca llegar a alcanzarlos y que son factores generadores de ansiedad en sus padres.

## Consideraciones finales

La versión adaptada para el portugués del IFPF es un instrumento que puede ser utilizado por enfermeros, explícitamente en el contexto de la atención primaria, para medir los factores protectores que contribuyen para la resiliencia familiar. Sugerimos que la temática de la resiliencia familiar sea abordada en la formación inicial

de los enfermeros, en el momento de la enseñanza de la salud familiar, de forma a posibilitar intervenciones de enfermería más eficaces, en este dominio.

Una de las limitaciones del IFPF está relacionada con la baja consistencia interna de la dimensión "necesidades habituales", situación reconocida también por los autores del instrumento y que puede residir en el hecho de establecer un límite temporal (últimos tres meses) a ser considerados en la evaluación de estos ítems.

La versión adaptada para el portugués del IFPF demostró ser un instrumento confiable, válido y sensible para medir los factores protectores de la resiliencia de familias de niños con necesidades especiales, por lo que recomendamos su utilización.

En suma, pensamos que este estudio y el instrumento que validamos contribuye para la adhesión de los profesionales a la evaluación familiar, que puede ser realizada de una forma breve pero amplia y multidimensional, con énfasis en los recursos y fuerzas de la familia.

## Referencias

1. Anaut M. A resiliência: ultrapassar os traumatismos. Lisboa: Climepsi; 2005.
2. Luthar SS, Barkin SH. Are affluent youth truly "at risk"? Vulnerability and resilience across three diverse samples. *Development and Psychopathology*. 2012 May;24(2):429-49. PubMed PMID: WOS:000302915900008.
3. Oshri A, Rogosch FA, Cicchetti D. Child Maltreatment and Mediating Influences of Childhood Personality Types on the Development of Adolescent Psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2013 May;42(3):287-301. PubMed PMID: WOS:000317738400001.
4. Svavarsdottir EK, Sigurdardottir A, Tryggvadottir G. Strengths-Oriented Therapeutic Conversations for Families of Children With Chronic Illnesses: Findings From the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing*. 2014 February 1, 2014;20(1):13-50.
5. McCubbin H, McCubbin L, Samuels G, Zhang W, Sievers J. Multiethnic Children, Youth, and Families: Emerging Challenges to the Behavioral Sciences and Public Policy. *Family Relations*. 2013 Feb;62(1):1-4. PubMed PMID: WOS:000313912000001.
6. Walsh F. Facilitating family resilience: relational resources for positive youth development in conditions of adversity. In: Ungar M, editor. *The social ecology of resilience: a handbook of theory and practice*. New York: Springer Science, Business Media, LLC.; 2012. p. 173-85.
7. Black K, Lobo M. A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing*. 2008 Feb;14(1):33-55. PubMed PMID: WOS:000253419000005.
8. McCubbin H, Comeau J, Harkins J. Family Inventory of Resources for Management (FIRM). In: McCubbin HI, Thompson AI, A. MM, editors. *Family Assessment: resiliency, coping and adaptation*. Madison: University of Wisconsin; 1996.
9. McCubbin H, McCubbin M. Family stress theory and assessment. In: McCubbin HI, Thomson AI, editors. *Family assessment inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin; 1991. p. 294-312.
10. Van Horn ML, Bellis JM, Snyder SW. Family resource scale-revised: Psychometrics and validation of a measure of family resources in a sample of low-income families. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2001 Mar;19(1):54-68. PubMed PMID: WOS:000168487100004.
11. Gardner DL, Huber CH, Steiner R, Vazquez LA, Savage TA. The development and validation of the Inventory of Family Protective Factors: a brief assessment for family counseling. *The Family Journal*. 2008 Apr;16(2):107-17. PubMed PMID: 2008-03907-003.
12. Drummond J, Kysela GM, McDonald L, Query B. The family adaptation model: examination of dimensions and relations. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*. 2002 2002;34(1). PubMed PMID: MEDLINE:12122771.
13. McIntosh J, Runciman P. Exploring the role of partnership in the home care of children with special health needs: qualitative findings from two service evaluations. *International journal of nursing studies*. 2008 May;45(5):714-26. PubMed PMID: 17307182. Epub 2007/02/20. eng.
14. Almeida L, Freire T. Metodologia da investigação em psicologia e educação. 5ª, editor. Braga: Psiquilíbrios; 2008.
15. Bryman A, Cramer D. *Quantitative Data Analysis with SPSS 14, 15 and 16 : a guide for social scientists* London: Routledge; 2009.
16. McCubbin M, McCubbin H. Families Coping with illness: the resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In: Danielson CB, Hamel-Bissel B, Winstead-Fry P, editors. *Families, health & illness: perspectives on coping and intervention*. Missouri: Mosby; 1993. p. 21-63.

Recibido: 31.5.2013

Aceptado: 29.8.2014