

Validez de apariencia y de contenido de la Escala de Resiliencia SV-RES en cuidadores cubanos

Face and content validity of the SV-RES Resilience Scale in Cuban caregivers

Orisel Quintero Ramírez¹, Yenisel González Dopico², Daniel Amador Miranda³, Fausto Honorato Quintero Torres⁴
(1-2-3) *Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevarra", Pinar del Río. Cuba.*
(4) *Universidad Hermanos Saíz Montes de Oca, Pinar del Río. Cuba.*

(Rec: noviembre de 2020- Acept: julio de 2021)

Resumen

A pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas por conocer en profundidad la resiliencia, existen problemas metodológicos en su estudio. En este sentido, el presente artículo se propuso determinar la validez de apariencia y la validez de contenido de la Escala de Resiliencia SV-RES en cuidadores cubanos de pacientes con discapacidad motora hospitalizados. Se analizó la validez de apariencia para explorar la aplicabilidad y viabilidad del instrumento a partir de un análisis cualitativo de las respuestas emitidas por 15 sujetos que conformaron el pilotaje. Para la determinación de la validez de contenido se empleó el Índice de Validez de Contenido; en efecto, la muestra estuvo conformada por 11 expertos. En ambos casos la muestra fue no probabilística por conveniencia. Como resultados encontramos que la caracterización sociodemográfica de los cuidadores concordó con lo referido en estudios previos. Al validar la apariencia, las principales dificultades estuvieron vinculadas con la extensión de la escala y la comprensión de determinados ítems. Se mostraron evidencias de validez de contenido al obtener resultados cercanos a la unidad. La resiliencia está siendo una de las variables más estudiadas en la actualidad por las implicaciones que tiene para la salud humana, requiriendo para su evaluación rigor científico.

Palabras claves: resiliencia, validez de apariencia, validez de contenido discapacidad, cuidadores.

Abstract

Despite the efforts in the last decades to know resilience in-depth, there are methodological problems in its study. In this sense, the present article aimed to determine the SV-RES Resilience Scale's face validity and content validity in Cuban caregivers of hospitalized patients with motor disabilities. The face validity was analyzed to explore the applicability and feasibility of the instrument based on a qualitative analysis of the answers given by 15 subjects who made up the pilot test. To determine de content's validity, we used the Content Validity Index; in fact, the sample consisted of 11 experts. In both cases, the sample was non-probabilistic by convenience. As a result, we found that the sociodemographic characterization of the caregivers was in agreement with previous studies. When validating the appearance, the main difficulties were related to the scale's length and the comprehension of certain items. There was evidence of content validity by obtaining results close to unity. Resilience is currently one of the most studied variables due to its implications for human health, requiring scientific rigour in its evaluation.

Keywords: resilience, face validity, content validity, disability, caregivers.

Introducción

La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que se vive (OMS, 2020).

Actualmente se estima que el 15% de la población, alrededor de mil millones de personas en todo el mundo, viven con algún tipo de discapacidad. Mientras en la Región de las Américas, alrededor de 140 millones de personas se encuentran en igual situación (OPS, 2017).

En Cuba existen más de 449.319 personas con algún tipo de discapacidad, lo cual representa el 4% de la población actual (Prensa Latina, 2019). Cifra que tiende a crecer proporcionalmente con el envejecimiento poblacional de la isla.

Entre los distintos tipos de discapacidad se encuentra la discapacidad motora; consiste en una alteración de la capacidad del movimiento que se presenta en distintos grados y que limita la función de desplazamiento de la persona y/o de manipulación, restringiendo al individuo en su desarrollo personal y social. Puede ser de nacimiento o adquirida, siendo esta última consecuencia de lesiones, accidentes y enfermedades que afectan al cuerpo (Pérez y Garaigordobil, 2007).

Las personas con discapacidad motora frecuentemente son asistidas por un cuidador informal por las limitaciones presentadas en relación al validismo. El cuidador informal es aquella figura que realiza una serie de actividades que incluyen alimentación, proporción de medicamentos, movilización y/o cualquier otra actividad de asistencia que garantice el funcionamiento del paciente de forma satisfactoria (Santiago et al., 2016).

Ello sin disponer, a diferencia del cuidador formal, de capacitación o remuneración por su tarea y con un elevado grado de compromiso hacia la misma, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios.

Los cuidadores informales se afectan en el orden físico, psicológico y socioeconómico, lo que en conjunto conlleva a una "carga" que interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad, provocando al mismo tiempo el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador (Espín, 2008).

En otras palabras, la necesidad de atención no concluye en la persona tributaria de cuidados, sino que se extiende a una de las principales preocupaciones de la sociedad actual y particularmente de las ciencias de la salud en las próximas décadas: los cuidadores.

Desde hace algunos años el concepto de resiliencia está cobrando interés en los programas de apoyo hacia la integración psicosocial de las personas con discapacidad (Suriá, 2014). Para ello, son diferentes los enfoques que han abordado esta temática, comenzando desde una visión crítica y negativa hasta alcanzar un punto de vista integrador (Palacios, 2008). Sin embargo, se obvia a los cuidadores informales en momentos en que cuidar al que cuida es fundamental para que pueda ejercer su labor de un modo óptimo y continuado.

La resiliencia no es más que "la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas" (Grotberg, 2003).

Para hacer frente a las adversidades y salir transformado se requiere la relación dinámica entre fuentes interactivas que se visualizan en las expresiones verbales de los sujetos (niños, adolescentes o adultos) con características resilientes (Grotberg, 1995) y que dan como respuestas comportamientos saludables frente a eventos traumáticos.

Grotberg (1995, 2006) en su propuesta interactiva organiza la resiliencia en tres factores: a) yo tengo, referido a los apoyos externos que percibe la persona; b) yo estoy, referido a la fortaleza interior percibida por la persona para afrontar la adversidad; y c) yo puedo, relacionado con las capacidades personales para resolver conflictos.

Existe además, un modelo emergente de la resiliencia basado en estudios de casos de sujetos con trayectoria resiliente (Saavedra 2003, 2005) que describe: (a) condiciones de base, valoración que la persona tiene de los vínculos tempranos; (b) visión de sí mismo, descrita en elementos afectivos y cognitivos positivos; (c) visión del problema, la actitud pasiva y disposición de aprender de la situación problema, y; (d) respuesta resiliente, la disposición a la acción que persigue, sustentada en una visión proactiva del problema.

La Escala de Resiliencia SV-RES se define en el cruce de estos dos ejes conceptuales: el eje interactivo de Grotberg y el eje de la respuesta o acción resiliente del Modelo Emergente de Saavedra. En dicha escala se delimita la resiliencia como capacidad humana, constituida de modo interactivo en la historia del sujeto para generar acciones que posibilitan el desarrollo positivo frente a la adversidad (Villalta et al., 2007).

Es una propuesta de medición con 60 ítems agrupados en 12 factores para evaluar resiliencia en jóvenes y adultos chilenos de edades comprendidas entre 15 y 65 años (Saavedra y Villalta, 2008). Tiene alta confiabilidad (Alfa de Cronbach= 0,96, Prueba de dos mitades Spearman-Brown= 0,97). Ha demostrado validez de criterio a través del método concurrente con la escala CD-RISC de Connor y Davidson (2003), alta correlación con la escala total (r Pearson= 0,72) y con los doce factores, la correlación de Pearson está en el rango 0,41 a 0,72. Se han realizado estudios posteriores que enriquecen la comprensión de los factores de resiliencia que evalúa la escala (Saavedra y Villalta, 2008; Saavedra y Yanquez, 2008) para la población chilena (Villalta y Saavedra, 2008). No obstante, resulta necesario una revisión de su estructura que permita una versión más económica, precisa y entendible de la resiliencia para cualquier estrato poblacional, siendo necesario realizar un proceso de validación del instrumento.

El proceso de validación es un proceso complejo que consta de varias etapas, las que contienen actividades metodológicas, estadísticas y clínicas específicas, para objetivarlo. Estas etapas consisten en elegir un instrumento; luego, si es que está en otro idioma, se debe realizar la traducción y adaptación cultural; pruebas preliminares para realizar ajustes; pruebas de validez y confiabilidad, y finalmente determinar su utilidad real en la clínica (Sánchez y Echeverry, 2004).

La presente escala ya ha sido adaptada culturalmente al contexto cubano y validada (Quintero, 2018), pero cuando se hacen cambios sustanciales en el formato de un instrumento, modo de aplicación, idioma o contenido, el usuario debería revalidar la escala para las nuevas condiciones o tener argumentos que sustenten que no es necesaria o posible una validación adicional (American Psychological Association, 1985).

La especificidad de la población define el constructo, por consiguiente, determinar la validez de apariencia y la validez de contenido de la Escala de Resiliencia SV-RES en cuidadores cubanos de pacientes con discapacidad motora hospitalizados se realizaría con la intención de 1) analizar el grado en que los ítems de la escala, a juicio de los usuarios, miden de modo lógico o reflejan adecuadamente el constructo que se quiere medir (validez aparente); 2) valorar si el contenido del instrumento es capaz de medir la mayor parte de las dimensiones del constructo que se quiere estudiar (validez de contenido) (Ramada Rodilla et al., 2013). Lo anterior, constituye el comienzo de un extenso, complejo y novedoso proceso de validación pues solo se ha encontrado en la bibliografía consultada tres estudios de validez de apariencia y validez de contenido de la escala (García et al., 2017; Quintero, 2018; Saavedra y Castro, 2008) y ninguno de ellos en cuidadores de pacientes con discapacidad motora hospitalizados.

En Cuba, la resiliencia está siendo una de las variables más estudiadas en la actualidad por las implicaciones que tiene para la prevención de conductas de riesgo, la promoción del desarrollo humano y la visión esperanzadora de la vida ante circunstancias difíciles. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas –tanto desde las ciencias de la salud como desde las ciencias sociales– por conocer en profundidad el constructo, la inexistencia de una definición unívoca, clara (Kaplan, 2013) y la ausencia de instrumentos de evaluación válidos, confiables y aplicables a poblaciones específicas como por ejemplo cuidadores informales, genera problemas metodológicos en su estudio.

Tomando como premisa los argumentos mencionados, el presente artículo se propuso como objetivo determinar la validez de apariencia y la validez de contenido de la Escala de Resiliencia SV-RES en cuidadores cubanos de pacientes con discapacidad motora hospitalizados.

Método

Se utilizó un enfoque mixto investigación, combinando elementos de investigación cualitativa y cuantitativa, con el fin de lograr una amplia y profunda comprensión del objeto de estudio. El diseño fue no experimental, descriptivo y transversal.

La investigación se realizó en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente “Dr. León Cuervo Rubio” (HLCR) de la Provincia de Pinar del Río, en el periodo comprendido entre enero y febrero de 2020. Se escogió este servicio por ser de Referencia Provincial.

El mismo, tiene como finalidad asistir a pacientes con discapacidad motora, en fase aguda, con poco acceso a los servicios de rehabilitación, insertados en sus Áreas Asistenciales de Salud y con necesidad de tratamiento intensivo. Consta de nueve camas y los ingresos tienen un mínimo de 21 días, lo que justifica, el tamaño relativamente pequeño de la muestra utilizada en el pilotaje.

Participantes

La validez de apariencia se realizó a través de un pre-test (aplicabilidad / viabilidad). La asignación de los casos se determinó a partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando como punto de partida la planificación anual de admisión hospitalaria. La muestra quedó conformada por 15 cuidadores.

Criterios de inclusión:

- Ser cuidador primario e informal de un paciente con discapacidad motora permanente sobrevenida a lo largo de la vida, causada por enfermedad o accidente, con limitaciones importantes en su validismo, más de seis meses de evolución y estar expuesto a rehabilitación institucional con extensión a la comunidad.
- Presentar ausencia de afectación cognitiva que afecte la veracidad de los resultados.
- Consentir participar en la investigación.

Para realizar la validez de contenido fueron seleccionados 11 expertos también mediante un muestreo no probabilísticos por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Sobresalir por su experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia: grados científicos e investigativos no transitorios; publicaciones científicas; años de experiencia laboral.
- Reputación en la comunidad científica.
- Disponibilidad y motivación para participar en el estudio.
- Imparcialidad.

Instrumentos

Análisis documental (historia clínica): Es el conjunto ordenado de procedimientos para conseguir un diagnóstico, pronóstico y tratamiento correcto en el paciente. Constituye un documento médico-legal, el cual debe cumplir el secreto médico, la confidencialidad e intimidad del trabajo realizado. La misma es considerada como el soporte documental biográfico de la asistencia médico-sanitaria-administrativa de un paciente y constituye el documento más privado que existe de una persona (González y Candente, 2015).

En el presente estudio se usó para conocer la historia psicosocial del paciente, grado de dependencia, discapacidad, así como los diferentes componentes y matices por los que transcurre el proceso salud-enfermedad, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Entrevista estructurada: Este tipo de entrevista sigue una serie de preguntas fijas que han sido preparadas con anterioridad y se aplican las mismas preguntas a todos los entrevistados. Pone énfasis en la necesidad de crear un contexto lo más similar posible entre las distintas entrevistas realizadas, para poder comparar mejor los resultados obtenidos sin que variables no relevantes contaminen las conclusiones (García, 2020).

Se utilizó posterior al pre-test para conocer el grado de aceptabilidad y viabilidad de la Escala de Resiliencia SV-RES y datos sociodemográficos de interés sobre los cuidadores. Consta de nueve preguntas. Su duración es de aproximadamente 10 minutos

Escala de Resiliencia SV-RES: Escala creada por Saavedra y Villalta (2008) para medir resiliencia en jóvenes y adultos chilenos de edades comprendidas entre 15 y 65 años. Su aplicación puede ser autoadministrada, individual o colectiva. El tiempo de ejecución es de 20 minutos aproximadamente. Está conformada por 60 ítems, 12 dimensiones, con 5 alternativas de respuesta, que a su vez se puntúan de la siguiente manera: "muy de acuerdo" = 5 puntos; "de acuerdo" = 4 puntos; "ni acuerdo, ni desacuerdo" = 3 puntos; "en desacuerdo" = 2 puntos; "muy en desacuerdo" = 1 punto. El puntaje total se obtiene mediante la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada ítem, con un puntaje total máximo de 300 y un puntaje mínimo de 60.

La puntuación total y por cada factor se ha categorizado en tres niveles. A saber, (a) bajo: puntaje percentil de 0-25; (b) promedio: puntaje percentil de 26-74; (c) alto: puntaje percentil de 75-100 (Saavedra y Villalta, 2008).

La escala total tiene alta confiabilidad (Alfa de Cronbach= 0,96; prueba de dos mitades Spearman-Brown= 0,97). Ha demostrado validez de criterio a través del método concurrente con la escala CD-RISC de Connor y Davidson (2003), alta correlación con la escala total (r Pearson= 0,72) y con los doce factores la correlación de Pearson está en el rango 0,41 a 0,72. Se han realizado estudios posteriores que enriquecen la comprensión de los factores de resiliencia que evalúa la escala (Saavedra y Villalta, 2008; Saavedra y Yanquez, 2008).

Posee propiedades métricas aceptables. Ha sido validada en diferentes muestras poblacionales de la población chilena. También ha sido probada con buenos resultados en Argentina, Perú, Uruguay, Ecuador, España y Costa Rica, México (Madariaga, 2014).

En Cuba ha sido validada por Quintero (2018) en cuidadores de pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos, obteniendo un Índice de Validez de Contenido=0,97, quedando conformada por cinco dimensiones con un porcentaje de la varianza explicada acumulada de 64,29% y confiabilidad medida a través del Alfa de Cronbach = 0,93. En el presente estudio se utilizará esta versión de la escala adaptada culturalmente al contexto cubano (Quintero, 2018).

Procedimiento

1. Autorización de los autores de la Escala de Resiliencia SV-RES, para su utilización.
2. Aprobación del jefe de servicio de rehabilitación para poder acceder a la muestra, aval del presidente del consejo científico y presidente del comité de ética para las investigaciones de la institución.
3. Construcción del marco muestral para realizar el proceso de validación.
4. Realización de un pilotaje para determinar la validez de apariencia.
5. Determinación de la validez de contenido utilizando el juicio de expertos.
6. Realización del cierre de la investigación.

Análisis de datos

Esta escala fue previamente adaptada culturalmente por la autora teniendo en cuenta criterios de equivalencia semántica, equivalencia conceptual y equivalencia técnica (Quintero, 2018). El proceso de adaptación cultural se realizó siguiendo la

metodología resultante de la combinación de las propuestas de Ramada Rodilla et al., (2013) y Escobar Pérez y Cuervo Martínez (2008). Se conformó un Panel de Evaluación de Contenido de cinco expertos. Estos utilizando el método Delphi llegaron a un único cuestionario consolidado pre-final adaptado culturalmente.

Con el objetivo de valorar la aplicabilidad y viabilidad de la escala adaptada culturalmente se realizó un pilotaje con 15 cuidadores de pacientes con discapacidad motora. La validez de apariencia se estableció según los criterios de comprensión, redacción y extensión. Para ello, primero se aplicó la Escala de Resiliencia SV-RES, seguidamente se realizó una entrevista estructurada conformada por nueve preguntas. Culminada esta etapa se realizó un informe final donde se identificaron posibles dificultades en la comprensión, redacción y extensión dígase de las instrucciones, las proposiciones y/o las opciones de respuesta. También se tuvo en cuenta el tiempo de cumplimentación de la escala.

Para determinar la validez de contenido se usó una modificación de la guía propuesta por Escobar y Cuervo (2008) para la realización de juicio de expertos empleando el Método de Agregados Individuales. Se seleccionan 11 expertos, para juzgar de manera independiente los criterios a evaluar: relevancia, suficiencia, claridad y coherencia de los ítems y consignas de la escala.

Métodos estadísticos

En el análisis y el procesamiento de los datos se utilizó el Programa Microsoft Excel 2013.

Para el cumplimiento de la adaptación cultural se calculó la concordancia entre los expertos a partir del Rango Interpercentil Ajustado a la Simetría (Fitch et al., 2001).

La valoración de la validez de apariencia se realizó a partir de un análisis cualitativo de las respuestas emitidas por los sujetos que conformaron la prueba piloto, construyéndose categorías e identificándose la frecuencia de aparición de estas. Fueron revisados aquellos indicadores donde al menos el 15% de los participantes encontraron dificultades (Soárez et al., 2007).

Para la determinación de la validez de contenido se empleó otro método basado en el juicio de expertos: el Índice de Validez de Contenido (IVC) (Tristán, 2008).

Aspectos éticos:

Fueron considerados los principios expuestos en la declaración de Helsinki (2013), basado en esto, se les solicitó a los cuidadores el consentimiento para participar en el estudio. De igual manera les fue permitido abandonar el mismo en el momento que consideraran oportuno sin que esta decisión implicara perjuicio directo o indirecto a su persona. El diseño del estudio estuvo concebido para que los encuentros no excedieran los 30 minutos ni demandasen esfuerzo cognitivo que provocara agotamiento o malestar.

Otras consideraciones éticas consistieron en explicitar los objetivos de la investigación, no revelar la identidad, no tergiversar u ocultar resultados y presentar los mismos tal y como se manifestaron.

Resultados

Validez de apariencia

Para su determinar la validez de apariencia se procesaron cualitativamente las opiniones de 15 cuidadores informales de pacientes con discapacidad motora hospitalizados. Los mismos quedaron distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 1. *Caracterización psicosocial de cuidadores informales de personas con discapacidad motora*

Caracterización	Escala	Cantidad	%
Género	Femenino	13	87
	Masculino	2	13
Estado civil	Casado	14	93
	Soltero	1	7
Edad	20-30 años	2	13
	30-45 años	4	27
	46-60 años	9	60
Nivel educacional	Secundario	1	7
	Preuniversitario	2	13
	Técnico medio	7	47
	Universitario	5	33
Ocupación	Empleado	6	40
	Desempleado	5	33
	Ama de casa	3	20
	Jubilado	1	7
Tiempo de ser cuidador	Menos de 1 año	8	53
	De 1 a 4 años	4	27
	5 años o más	2	13
Frecuencia del cuidado	Todo el tiempo	15	100
Parentesco con la persona que cuida	Hijo	11	73
	Cónyuge	4	27
	Total	15	100%

Como se aprecia en la tabla 1, predominó el sexo femenino (87%). La mayoría de los cuidadores, según su estado civil, se encontraban casados (93%). La adultez media fue el grupo etario de mayor prevalencia (60%). En cuanto a la edad, se evidenció un valor mínimo de 23 años y un valor máximo de 65 años. En relación con el vínculo laboral, el 40 % se encontró trabajando en el sector estatal. El nivel educacional que sobresalió fue técnico medio (47%). El 53,0 % de la muestra llevaba menos de un año asumiendo el rol de cuidador. Con respecto a la frecuencia con que cuidaban, el 100% cuidaba a tiempo completo. Se encontró, además, que todos los cuidadores tuvieron vínculo filial con los discapacitados, primando las hijas (os) en un 73%.

Tabla 2. *Validez de apariencia de la Escala de Resiliencia SV-RES*

Tiempo de aplicación	10-20 minutos
Ítems con bajo nivel de comprensión por parte de los cuidadores	13. Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio. 19. Revisando constantemente el sentido de mi vida. 22. Una familia bien estructurada. 23. Relaciones afectivas sólidas 24. Fortaleza interior. 25. Una vida con sentido. 26. Acceso a servicios sociales-públicos,
Conceptos identificados como ambiguos	Resiliencia, modelo positivo, integrado, persona práctica, sentido de vida, familia estructurada, relaciones afectivas sólidas, fortaleza interior, vida con sentido, servicios sociales-públicos, autonomía, vínculos afectivos, aciertos.

Como se observa en la tabla 2, el tiempo de aplicación osciló en un rango de 10 a 20 minutos, llegando a 15 minutos como promedio.

La escala tuvo buena aceptación por parte de los cuidadores. Las instrucciones y consignas fueron suficientemente orientadoras y comprendidas; encontrándose redactadas de modo que no resultaron agresivas e insultantes.

Las principales dificultades se vincularon con la extensión de la escala y la comprensión de determinados ítems. Estos ítems presentaron una semántica poco entendible, generando dificultades en el momento de responder de manera autónoma.

Los ítems 13, 23, 25, 26 a criterio de los usuarios, no medían de forma clara, precisa y comprensible lo que pretendían medir por lo que fue sugerida su eliminación. Mientras que para los ítems 22 (Una familia bien estructurada,) y 24 (Fortaleza interior) propusieron una modificación en el uso de las palabras de acuerdo con su significado, quedando estructurados de la siguiente forma: "Una familia que me apoya" y "Capaz de sobreponerme a momentos difíciles" respectivamente. El resto de los ítems fueron tenidos en cuenta para la conformación de la versión preliminar del instrumento.

En la muestra piloto no existía conocimiento previo sobre el significado de resiliencia, qué era ser resiliente, por lo que en un primer acercamiento se procedió a explicar en qué consistía el vocablo. En la entrevista posterior al pre-test se exploraron los significados atribuidos, constatando que en la mayoría de los casos se acercaba a la definición conceptual de dicho constructo, lo cual facilitó la posterior comprensión y aplicación de la escala.

Validez de contenido

Tabla 3. Descripción de la muestra de expertos para la validez de contenido de la Escala de Resiliencia SV-RES

Criterios de selección de expertos	Escala	Total	Porcentaje
Ocupación	Profesor Universitario	3	27
	Psicólogo de la salud	6	55
	Bioestadístico	2	18
Categoría científica	Licenciado	1	9
	Máster	6	55
	Doctor en Ciencias	4	36
Categoría docente	Asistente	3	27
	Auxiliar	5	45
	Titular	2	18
	Consultante	1	9
Publicaciones	Artículos científicos	11	100
	Libros	1	9
	Tesis	4	36
Años de experiencia profesional	1-10	2	18
	10-20	2	18
	20-30	4	36
	30-40	2	18
	Más de 40	1	9
	Total	11	100,0

De acuerdo con la tabla 3, el 55% de la muestra de expertos estuvo conformada por psicólogos insertados en el campo de la salud pública. El 55% era máster en ciencias y el 45% profesor auxiliar. La totalidad de los participantes (100%) exhibió publicaciones científicas vinculadas a las variables dependientes e independientes del estudio en revistas de impacto. La mayoría de ellos contaba de 20 a 30 años de experiencia laboral. Por lo antes expuesto, se pudo afirmar que el panel quedó conformado por profesionales con competencias demostradas y contribuciones teórico-prácticas en el campo de las ciencias sociales y de la salud, la estadística descriptiva e inferencial.

Para determinar la validez de contenido en un contacto previo, se les solicitó su consentimiento informado, una vez que accedieron a participar, se les ofreció un "adiestramiento" sobre cómo responder la planilla. Se realizaron tantas rondas como fueron necesarias en dependencia de los resultados del procedimiento. Las planillas para el juicio de experto se adaptaron a las características de la escala y los objetivos del estudio. Cada experto recibió la información escrita sobre el instrumento en su totalidad.

Para el análisis cuantitativo de la validez de contenido se empleó el Índice de Validez de Contenido (IVC) (Tristán, 2008). A continuación, mediante la Razón de Validez de Contenido (RVC), se determinó qué ítems del instrumento eran adecuados y debían permanecer en la versión preliminar del mismo. Para esto se eligieron los ítems valorados con puntuaciones de 3 y 4 a criterio de expertos.

En cuanto a la interpretación de este índice, se clasificaron los ítems en forma categórica. De modo que los que tuvieron una RVC superior a 0,5823 (el mínimo permitido) fueron considerados "aceptables", permaneciendo en la escala;

mientras que aquellos con puntuación inferior a este valor fueron considerados "no aceptables" y eliminados (Tristán, 2008).

Tabla 4. Criterios de Validez de Contenido

Criterios	Ítems
Suficiencia	Todos
Relevancia	1,14,20,21,22,24,30,31,32,33,34,35,38,46,55,56,57,58,59,60
Claridad	9,10,21,45
Coherencia	6,7

Como se evidencia en la tabla 4, todos los ítems cumplieron los criterios de suficiencia, es decir, bastaron para obtener la medición de cada una de las dimensiones.

Se eliminó el ítem 6 por falta de coherencia. Se suprimió la dimensión generatividad (F12) porque a criterio de expertos los ítems que la conformaban no guardaban relación lógica con la dimensión.

Se prescindió de los 21 y 45 pues estaban redactados de forma que no se comprendían fácilmente. Mientras que los ítems 4,5,11,12,16,18,19,29,31,44,53 requirieron una modificación muy específica de algunos de sus términos por lo que fueron reelaborados.

No cumplieron los criterios de relevancia los ítems 1, 14,20,21,22,24,30,31,32,33,34,35,38,46,55,56,57,58,59,60. Las dimensiones vínculos y modelos (F5 y F7) también fueron suprimidas; los jueces consideraron que los ítems que la comprendían tenían alguna relevancia, pero otros ítems podían estar incluyendo lo que estos median.

Los ítems que no se pudieron excluir por hacer referencia a un requisito indispensable de la norma, se revisaron y corrigieron (según las recomendaciones de los expertos), para aumentar su valor de RVC y así evitar eliminarlo. En esta situación se encontraron los ítems: 7, 9, 10, 13 que se sustituyeron por lo ítems 55, 59, 58, 30, pero antes estos fueron sometidos a reelaboración de algunos de sus términos.

Una vez determinada la RVC para cada uno de los ítems, se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC) para el instrumento en su conjunto, que no fue más que el promedio de la RVC de los ítems considerados como "aceptables" en el paso previo.

Tabla 5. Índice de Validez de Contenido

Dimensión	Suficiencia	Relevancia	Claridad	Coherencia
F1	1	1,0	1,0	1
F2	1	0,98	1,0	1
F3	1	0,95	1,0	1
F4	1	1,0	0,98	1
F6	1	0,95	1,0	1
F8	1	0,97	1,0	1
F9	1	1,0	0,96	1
F10	1	1,0	1,0	1
F11	1	1,0	1,0	1
Total	1	0,98	0,99	1

Como se evidencia en la tabla 5, el cálculo del IVC se realizó para cada uno de los ítems, dimensiones y de forma global. Todas las pruebas obtuvieron resultados casi perfectos, muy cercanos a la unidad, que es el máximo puntaje establecido. En este sentido, se puede afirmar que la Escala de Resiliencia SV-RES tiene una validez de contenido aceptable de acuerdo con lo propuesto por Tristán (2008).

Tabla 6. Tabla resumen de los cambios realizados a la Escala de Resiliencia SV-RES por juicio de expertos

Ítem	Factor original	Resultado de la valoración	Resolución
1	Identidad	Suficiente	Permanece
2	Identidad	Suficiente	Permanece
3	Identidad	Suficiente	Permanece
4	Identidad	Requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem	Modificado
5	Identidad	Requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem	Modificado
6	Autonomía	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión	Eliminado
7	Autonomía	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión	Sustituido
8	Autonomía	Suficiente	Permanece
9	Autonomía	Irrelevante	Sustituido
10	Autonomía	Irrelevante	Sustituido
11	Satisfacción	Requiere una modificación muy grande en el uso de las palabra	Modificado
12	Satisfacción	Requiere una modificación muy grande en el uso de las palabra	Modificado
13	Satisfacción	El ítem no es claro	Sustituido
14	Satisfacción	Suficiente	Permanece
15	Satisfacción	Suficiente	Permanece
16	Pragmatismo	Requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem	Modificado
17	Pragmatismo	Suficiente	Permanece
18	Pragmatismo	Requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem	Modificado
19	Pragmatismo	Requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem	Modificado
20	Pragmatismo	Irrelevante	Eliminado
21	Vínculos	Irrelevante	Eliminado

22	Vínculos	Irrelevante	Eliminado
23	Vínculos	Irrelevante	Eliminado
24	Vínculos	Irrelevante	Eliminado
25	Vínculos	Irrelevante	Eliminado
26	Redes	El ítem no es claro	Eliminado
27	Redes	Suficiente	Permanece
28	Redes	Suficiente	Permanece
29	Redes	Requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem	Modificado
30	Redes	Irrelevante	Eliminado
31	Modelos	Requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem	Modificado
32	Modelos	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste	Eliminado
33	Modelos	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste	Eliminado
34	Modelos	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste	Eliminado
35	Modelos	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste	Eliminado
36	Metas	Suficiente	Permanece
37	Metas	Suficiente	Permanece
38	Metas	Irrelevante	Eliminado
39	Metas	Suficiente	Permanece
40	Metas	Suficiente	Permanece
41	Afectividad	Suficiente	Permanece
42	Afectividad	Suficiente	Permanece
43	Afectividad	Suficiente	Permanece
44	Afectividad	Requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem	Modificado
45	Afectividad	El ítem no es claro	Eliminado
46	Autoeficacia	Suficiente	Permanece
47	Autoeficacia	Suficiente	Permanece
48	Autoeficacia	Suficiente	Permanece
49	Autoeficacia	Suficiente	Permanece
50	Autoeficacia	Suficiente	Permanece
51	Aprendizaje	Suficiente	Permanece
52	Aprendizaje	Suficiente	Permanece
53	Aprendizaje	Requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem	Modificado
54	Aprendizaje	Suficiente	Permanece
55	Aprendizaje	Suficiente	Permanece
56	Generatividad	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión	Eliminado
57	Generatividad	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión	Eliminado
58	Generatividad	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión	Eliminado
59	Generatividad	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión	Eliminado
60	Generatividad	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión	Eliminado

Versión preliminar del instrumento una vez realizada la validez de apariencia y la validez de contenido:

YO SOY- YO ESTOY	Muy de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Ni acuerdo Ni desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Muy en desacuerdo (1)
1. Una persona con buena autoestima.					
2. Optimista respecto al futuro.					
3. Seguro de mis principios.					
4. Desarrollándome como persona					
5. Apto para tomar decisiones					
6. Seguro de mí mismo.					
7. Capaz de asumir riesgos.					
8. Esforzándome por lograr mis objetivos.					
9. Capaz de sobreponerme a momentos difíciles					
10. Un buen ejemplo para otras personas.					
11. Satisfecho con mis logros en la vida.					
12. Satisfecho con mis relaciones afectivas					
13. Una persona que se adapta a la realidad. realista					
14. Una persona con metas en la vida.					
15. Resolviendo mis problemas.					
16. Revisando constantemente el propósito de mi vida.					
YO TENGO...					
17. Una familia que me apoya.					
18. A quien recurrir en caso de problemas.					
19. Personas que estimulan mi independencia					
20. Personas que me orientan					
21. Metas a corto plazo.					
22. Mis objetivos claros.					
23. Proyectos a futuro.					
24. Problemas que puedo solucionar.					
YO PUEDO					
25. Hablar de mis emociones.					
26. Expresar afecto.					
27. Confiar en las personas.					
28. Resistir momentos difíciles.					
29. Dar mi opinión.					
30. Buscar ayuda cuando lo necesito.					
31. Apoyar a otros que tienen dificultades.					
32. Responsabilizarme por lo que hago.					
33. Ser creativo.					
34. Comunicarme adecuadamente.					
35. Aprender de mis experiencias previas					
36. Colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad.					

Para la conformación final de las dimensiones se mantuvo la propuesta de Grotberg sobre las Fuentes Interactivas de Resiliencia (yo soy, yo estoy, yo puedo, yo tengo) y el Modelo Ecológico de Saavedra (condición de base, imagen de sí mismo,

imagen del problema, respuesta activa resiliente). De esta manera, se combinó ambos esquemas teóricos en la nueva estructura de la Escala de Resiliencia SV-RES (Villalta et al., 2007).

Dimensión	Concepto	Ítems
F1: Identidad	Refiere a juicios generales tomados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable.	1,2,3,4,
F2: Autonomía	Son juicios que se refieren al vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular a su entorno sociocultural.	5,6,7,8,
F3: Satisfacción	Refiere a juicios que develan la forma particular en como el sujeto interpreta una situación problemática.	9,10,11,12
F4: Pragmatismo	Refiere a juicios que develan la forma de interpretar las acciones que realiza.	13,14,15,16
F5: Redes	Juicios que refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano.	17,18,19,20
F6: Metas	Juicios que refieren al valor contextual de metas y redes sociales por sobre la situación problemática.	21,22,23,24
F7: Afectividad	Juicio que refiere a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno.	25,26,27,28
F8: Autoeficacia	Juicio sobre las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática.	29,30,31,32
F9: Aprendizaje	Juicios que refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje.	33,34,35,36

Discusión

Respecto a las características sociodemográficas de la muestra, los resultados son concordantes con los hallados en otras investigaciones (Fernández y Herrera, 2020; Leite et al., 2017; Linares et al., 2019; Quintero et al., 2014; Zepeda-Álvarez y Muñoz-Mendoza, 2019).

Al abordar psicométricamente la escala, se constató mediante la validación de la apariencia que las principales dificultades se encontraron vinculadas a la extensión la comprensión de los ítems: 13, 19, 22, 23, 24, 25 y 26. Estos ítems, en opinión de la muestra, presentaron una semántica poco entendible, generando dificultades en el momento de responder de manera autónoma. De este modo, se obvia uno de los requisitos más importantes que deben cumplir los instrumentos de evaluación psicológica que es ser comprensibles para una persona escolarizada con conocimientos equivalentes a un individuo de 12 años de edad (Ramada Rodilla et al., 2013).

Por tal motivo, a petición de los usuarios fueron eliminados, excepto los ítems 22 (Una familia bien estructurada.) y 24 (Fortaleza interior) para los cuales propusieron una modificación en el uso de las palabras de acuerdo a su significado, quedando estructurado de la siguiente forma: "Una familia que me apoya" y "Capaz de sobreponerme a momentos difíciles" respectivamente. El resto de los ítems fueron tenidos en cuenta para la conformación de la versión preliminar del instrumento.

La muestra no tenía conocimiento previo sobre el significado de resiliencia, por lo que en un primer acercamiento se procedió a explicar en qué consistía. Ya en la entrevista posterior al pre-test se conocieron los significados atribuidos por los participantes, constatando que en la mayoría de los casos correspondía con la conceptualización asumida de dicho constructo, lo cual facilitó la posterior comprensión y aplicación de la escala.

El tiempo de aplicación de la Escala de Resiliencia SV-RES a criterio de algunos autores es breve, llegando a 20 minutos como promedio (Artuch, 2014; Saavedra y Villalta, 2008). En nuestro estudio el promedio fue de 15 minutos.

Resulta importante señalar que en la versión original de la escala (Saavedra y Villalta, 2008) la muestra estuvo

conformada exclusivamente por personas procedentes de zonas urbanas de residencia entre 15 y 65 años. Hecho que, a nuestra consideración, limitó la heterogeneidad y riqueza interpretativa del estudio. Consideramos que tal limitación fue rescatada en la presente investigación, pues el 40% de los cuidadores que conformaron el pilotaje procedían de zonas rurales de residencia, mientras el 60% de zonas urbanas. En definitiva, fueron sumados distintos estratos poblacionales con características particulares y específicas que delimitaron el constructo.

Para determinar la validez de contenido, la escala fue sometida a evaluación de cada uno de sus ítems y dimensiones por 11 expertos sobresalientes por su experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basadas en evidencia o experticia. Los datos se procesaron cuantitativamente, a través del Índice de Validez de Contenido (Tristán, 2008).

Fueron eliminadas tres dimensiones, 20 ítems y se modificaron 11 ítems. De esta manera, la versión final del instrumento quedó constituida por nueve dimensiones, un total de 36 ítems (4 por cada dimensión) con un Índice de Validez de Contenido=0,99, lo que indica que probablemente este instrumento evalúa resiliencia.

Al ser sometida la escala a modificaciones, se procedió a realizar otro pilotaje. En el mismo no se encontraron resultados significativos, debido a que los 15 participantes aceptaron favorablemente los cambios realizados y no propusieron modificaciones. El tiempo de cumplimentación de la prueba en esta fase se redujo a 10 minutos.

García et al. (2017), en el estudio de adaptación y validación de la Escala de Resiliencia SV-RES desarrollado en Colombia, pidieron a 9 expertos que valoraran de manera independiente la adecuación de cada ítem al contexto colombiano y que determinaran a qué factor pertenecían, tomando las dimensiones de la definición original del autor. Las valoraciones fueron recogidas mediante un Panel Delphi y las modificaciones finales se realizaron en grupo focal. Se calculó el porcentaje de acuerdo en cada ítem y se elaboró una matriz comparativa de factores.

En el mencionado estudio (García et al., 2017), la Escala de Resiliencia SV-RES fue adaptada para emplearse en cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer precoz. Existió consenso

acerca de la adecuación de la escala al contexto colombiano. No obstante, no hubo consenso acerca de la estructura factorial. Los ítems sin consenso o con un porcentaje de acuerdo entre 55 y 70% se revisaron, modificaron o eliminaron en grupo focal. La escala resultante constó de 4 ítems más con respecto a la escala original, 64 ítems en total.

Adicionalmente, García et al. (2017) determinaron que la definición de generatividad de los autores originales no se ajustaba al uso que se le daba a esta categoría en su contexto, por lo que modificaron los ítems de esta dimensión. En el presente estudio los expertos concordaron con esta opinión, los ítems de la mencionada dimensión se revisaron y fueron reelaborados en algunos sus términos, para sustituir a otros ítems que no cumplieron con los criterios de relevancia en determinadas dimensiones pero que no se podían excluir por hacer referencia a un requisito indispensable de la norma.

Saavedra y Castro (2008) realizaron una revisión de la escala SV-RES, en cuanto a su estructura y contenidos. Lo que acarrió como resultado la formulación de ítems a partir de la adaptación del instrumento en cuanto a su lenguaje y temáticas, respetando el tramo de edad a la que estaría dirigida la nueva escala. Sometiendo al conjunto de ítems nuevos, a la evaluación por parte de 10 jueces expertos (6 educadores y 4 psicólogos). A partir de la evaluación de jueces se eliminaron ítems y se agregaron otros, llegando a establecer una escala de resiliencia escolar de 36 ítems.

Los resultados permitieron afirmar que la Escala de Resiliencia SV-RES contó con una adecuada validez de contenido, ya que los índices fueron altos y similares entre sí. Aun cuando se modificaron algunos de los ítems del instrumento original, se logró obtener ítems consistentes en relación con lo conceptual, quedando agrupados en similares factores que la versión original y con una nueva estructura más económica en tiempo y costos de implementación.

Ante los resultados obtenidos, se considera necesario realizar posteriores análisis poblacionales más amplios, con muestras representativas que permitan generalizar los datos y objetivar tanto las características como el proceso resiliente. Adicionalmente, también se considera fundamental realizar estudios de validez de criterio, validez de constructo y análisis de confiabilidad de la Escala de Resiliencia SV-RES. Ello con la intención de determinar sus propiedades psicométricas y desarrollar programas de intervención psicológicos empíricamente validados que ofrezcan a los cuidadores recursos para atender a sus familiares, sin que esto suponga una situación de riesgo para su salud.

Referencias

- American Psychological Association (1985). Standards for Educational and Psychological tests. Washington; Author
- Artuch, R. (2014). Resiliencia y autorregulación en jóvenes navarros en riesgo de exclusión social, que acuden a programas de cualificación profesional inicial. [tesis doctoral, Universidad de Navarra]. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/36188/4/TesisRaquelArtuch.pdf>
- Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. <http://static1.squarespace.com/static/51abe64ee4b0a1344208e98a/t/51d3ce77e4b001d5c13a7e87/1372835447995/CDRISC+%28Connor+%26+Davidson%2C+2003%29.pdf>
- Escobar, J. y Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36. <https://www.researchgate.net/publication/30243845>
- Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana Salud Pública*, 34(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300008
- Fernández, M.B. y Herrera, M.S. (2020). El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. *Rev. Méd. Chile*, 148(1). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000100030>
- Fitch K, Bernstein S.J., Aguilar M., Burnand B., La Calle J.R., Lazaro P., Loo M, McDonnell J., Vader J. y Kahan J. (2001). The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual: RAND Corporation. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. Santa Mónica, CA. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf
- García, M., Sánchez, M., Madrigal, L. y Lopera, F. (2017, Junio) Adaptación y validación en Colombia de la Escala de Resiliencia SV-RES, mediante juicio de expertos. [Poster]. Congreso Internacional de Investigación en Salud y Envejecimiento. http://www.rediberoamericanadetrabajoconfamilias.org/ponentes/pdf/chi_saavedraguajardoegenio.pdf
- González, R. y Cardentey, J. (2015). La historia clínica médica como documento médico legal. *Rev.Med.Electrón*, 37(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000600011
- Grotberg, E. (1995). A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. La Haya; Bernard Van Leer Foundation. <http://resilnet.uiuc.edu/library/grotb95b.html>
- Grotberg, E. (2003). Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires; Editorial Paidós.
- Grotberg, E. (2006) ¿Qué entendemos por resiliencia? ¿Cómo promoverla? ¿Cómo utilizarla? En E Grotberg (Ed.), La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar adversidades. Barcelona; Gedisa editorial.
- Kaplan, H. (2013). Reconceptualizing Resilience. En Goldstein, S. y Brooks R.B. (Eds.). Handbook of resilience in children. Springer Science + Business Media. 39-55 https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_3
- Leite, B., Camacho, A., Joaquim, F., Gurgel, J., Lima, T. y Queiroz, R. (2017). Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study. *Rev. Bras. Enferm*, 70(4), 682-688. <https://www.scielo.br/j/reben/a/chtJwWjyZCvDth9b8Tm9VBr/?lang=en>
- Linares, L., Lemus, N., Linares, L., González, S. y Soto, E. (2019). Comportamiento de la sobrecarga en cuidadores informales primarios de adultos mayores con accidente cerebrovascular. *Revista Ciencias Médicas*, 23(6), 884-898. <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicacio>

- nes/article/view/4174
17. Madariaga, J. (2014.) Nuevas miradas sobre la resiliencia. *Psychology*. <https://books.google.com/cu/books?isbn=8497848632>
 18. Organización Mundial de la Salud. (2020) *Discapacidad*. <https://www.who.int/topics/disabilities/es/>
 19. Organización Panamericana de la Salud. (2017). Día Internacional de las Personas con Discapacidad. *Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud*. <http://www.paho.org>
 20. Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid; Grupo editorial CINCA. <https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/coleccion/Elmodelo-socialdediscapacidad.pdf>
 21. Pérez, J. y Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 28(3), 343-357. <https://www.semanticscholar.org/paper/Discapacidad-motriz%3A-autoconcepto%2C-autoestima-y-P%3%A9rez-Garaigordobil/abf4e3bb8993d16d3a73d17db8dd5de81cd66ab7>
 22. Prensa Latina. (2019, diciembre). Cuba destaca por atención a personas con discapacidad. <https://www.prensa-latina.cu/index.php?o=rm&id=423000&SEO=destacan-fortalezas-de-la-asistencia-y-seguridad-social-en-cuba>
 23. Quintero, O. (2018). Adaptación y validación de la Escala de Resiliencia SV-RES en cuidadores de personas hospitalizadas en Unidades de Cuidados Intensivos. [tesis de Maestría no publicada]. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Miguel Enríquez", La Habana.
 24. Quintero, O., Santos, N., González, Y. y Palacios, P. (2014). Características psicosociales en pacientes longevos. *Revista Suigéneris*, 32(6), 27-33. http://issuu.com/suigenerisuanl/docs/32vonumero_web
 25. Ramada, J., Serra, C. y Delclós, G. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex.*, 55, 57-66. <https://www.semanticscholar.org/paper/Adaptaci%C3%B3n-cultural-y-validaci%C3%B3n-de-cuestionarios-y-Ramada-Rodilla-Serra-Pujadas/9813e0da17f3aef4f9b60353d804770af0111379>
 26. Saavedra, E (2003). El Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico, como posibilidad de Intervenir educativamente en la formación de sujetos resilientes. [tesis de doctorado, Universidad de Valladolid]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=285330>
 27. Saavedra, E (2005). Resiliencia, la historia de Ana y Luis, Liberabit. *Revista de Psicología*, 91-101 https://www.academia.edu/26085235/Resiliencia_la_historia_de_Ana_y_Luis
 28. Saavedra, E & Castro, A. (2008). Construcción y validación de una escala de resiliencia para Escolares. [Ponencia]. VII Jornadas Internacionales de Psicología Educativa. "Educando En La Diversidad". Universidad Católica del Maule. Santiago de Chile. http://www.rediberoamericanadetrabajoconfamilias.org/ponentes/pdf/chi_saavedra-guajardoeugenio.pdf
 29. Saavedra, E. & Villalta, M. (2008) Escala de Resiliencia. SV-RES para jóvenes y adultos. Santiago, Chile; CEANIM. https://www.academia.edu/26343874/Saavedra_Villalta_SV_RES60_ESCALA_DE_RESILIENCIA_SV_RES
 30. Saavedra, E. & Yanquez, E. (octubre, 2008). Jóvenes infractores de ley, resiliencia y educación. [Ponencia]. VIII Jornadas Internacionales de Psicología, Lima, Perú.
 31. Sánchez, R. y Echeverry, J. (2004). Validación de Escalas de Medición en Salud. *Rev Salud Pública*, 6(3), 302-318. <https://www.scielo.org/article/rsap/2004.v6n3/302-318/>
 32. Santiago, R., Domínguez, B., Peláez, V., Rincón, S. y Orea, A. (2016). Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 152-158. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2016000300004
 33. Soárez, P., Kowalski, C., Ferraz, M. y Ciconelli, R. (2007) Translation into Brazilian Portuguese and validation of the Work Limitations Questionnaire. *Rev Panam Salud Publica*, 22(1), 21-8. <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892007000600003>
 34. Suriá, R. (2014). Discapacidad motora y resiliencia: análisis en función de la edad, grado y etapa. *REVISTA SIGLO CERO*, 10(32), 6-18. <https://sid.usal.es/docs/F8/ART20421/suria.pdf>
 35. Villalta, M., Saavedra, E., y Ecurra, M. (2007). Factores de resiliencia en estudiantes secundarios. Un a propuesta de medición. Pucón, Chile: En VII Jornadas Internacionales de Psicología Educativa. "Educando En La Diversidad" 24, 25 y 26 de octubre. <https://www.researchgate.net/publication/280236024>
 36. Zepeda-Álvarez, P.J. y Muñoz-Mendoza C.L. (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*, 30(1). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100002