

VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL FUNCTIONAL HEALTH PATTERN ASSESSMENT SCREENING TOOL (FHPAST) EN ATENCIÓN PRIMARIA

Inmaculada Sanz Sánchez*, Pedro Ruymán Brito Brito**, Mercedes Novo Muñoz^o, José Ángel Rodríguez Gómez^{oo}

RESUMEN

Se presenta la validación española del Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST), instrumento basado en el marco de patrones de salud (PS) de Gordon. El estudio se llevó a cabo en Atención Primaria de Tenerife (Servicio Canario de la Salud). Las pruebas realizadas fueron traducción-retrotraducción del FHPAST; validación aparente y de contenido (con grupos de expertos); prueba piloto; validación de criterio y de constructo; y pruebas de fiabilidad. Tras los resultados obtenidos se comprueba que el FHPAST adaptado al español es un instrumento válido, fiable y sencillo de usar para evaluar la salud percibida.

PALABRAS CLAVE: evaluación en enfermería, terminología normalizada de enfermería, atención primaria de salud, encuestas y cuestionarios, estudio de validación.

SPANISH VALIDATION OF THE FUNCTIONAL HEALTH PATTERN ASSESSMENT SCREENING TOOL (FHPAST) IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

This study presents the Spanish validation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST) questionnaire, based on Gordon's health patterns framework. The adaptation was carried out in Primary Care of Tenerife (Canary Islands Public Health Service). The tests performed were: FHPAST translation-back translation; face and content validation (with groups of experts); pilot test; criterion and construct validation; and reliability tests. After the results obtained, it is confirmed that the FHPAST adapted to Spanish is a valid, reliable and easy-to-use instrument to assess perceived health.

KEYWORDS: nursing assessment, standardized nursing terminology, primary health care, surveys and questionnaires, validation studies.



INTRODUCCIÓN

La valoración es la primera fase del proceso enfermero y, probablemente, la más importante debido a su repercusión sobre el resto. La enfermera recoge los datos de los pacientes y los organiza a modo de información clínica de interés para generar, *a posteriori*, una serie de categorías significativas para el conocimiento dentro de la disciplina enfermera que son los diagnósticos (Jones, Herdman, De Cássia y Butcher, 2021). La valoración representa al mismo tiempo una actividad intelectual e interpersonal pues permite, por un lado, concluir con un juicio clínico sobre la respuesta humana a condiciones de salud o procesos vitales, o sobre la vulnerabilidad a tal respuesta, y, por otro, establecer una relación terapéutica efectiva con el paciente.

En los entornos asistenciales, nos encontramos habitualmente con dos tipos de valoración enfermera: la valoración de cribado y la valoración en profundidad. La primera de ellas resulta, *a priori*, más sencilla de cumplimentar pues supone una aproximación inicial a los datos básicos y necesarios del paciente. No obstante, existe el peligro de que pueda convertirse en una mera cumplimentación de un banco de preguntas según los distintos formularios disponibles para la recogida de datos (Alvin, 2015). Para ambos tipos de valoración, la enfermera precisa tener buenas habilidades en la identificación de necesidades de cuidado, reales o potenciales, y competencias suficientes en entrevista clínica para profundizar en la exploración de un amplio y heterogéneo abanico de respuestas humanas. Además, una vez identificadas las hipótesis, requiere una adecuada capacidad para el juicio crítico y el razonamiento diagnóstico (Lunney, 2010). Algunos estudios describen el concepto «pensamiento crítico» como una habilidad cognitiva que comprende el análisis, razonamiento lógico y juicio clínico, orientado a la resolución de problemas, tanto en entornos de formación enfermera como de práctica asistencial real, pudiendo apreciarse una toma más precisa de decisiones clínicas, así como la consecución de resultados efectivos (Carbogim, Oliveira y Püschel, 2016).

* Enfermera. Doctora. Zona Básica de Salud Laguna Geneto. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud. Correo electrónico: insansan@hotmail.com. Dirección de contacto para correspondencia: c/ Sta. María Soledad, s/n. Facultad de Ciencias de la Salud. Apartado 456. Código postal 38200. San Cristóbal de La Laguna. S/C de Tenerife. Islas Canarias.

** Enfermero. Doctor. Profesor asociado en el Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife, Islas Canarias, España. Correo electrónico principal: pbritobr@ull.edu.es. ORCID ID: 0000-0002-8048-9701.

◇ Enfermera. Doctora. Profesora titular en el Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, Tenerife, Islas Canarias, España. Correo electrónico: mernov@ull.edu.es.

◇◇ Enfermero. Doctor. Profesor titular. Director del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, Tenerife, Islas Canarias, España. Correo electrónico: jarogo@ull.edu.es.

El marco estructurado de valoración enfermera por patrones de salud de Marjory Gordon (1994) es uno de los más utilizados a nivel mundial. Facilita un modo de agrupar grandes cantidades de datos en un número manejable de patrones relacionados o categorías. Por ello, uno de los dos posicionamientos declarados por parte de NANDA International en su clasificación 2018-2020 (Herdman y Kamitsuru, 2019) señala la necesidad de que un marco contrastado, como es el de patrones de salud de Gordon, guíe la valoración enfermera para una determinación precisa de los diagnósticos. Su utilidad ha sido descrita desde hace varias décadas en el contexto de la atención enfermera comunitaria (Gikow y Kucharski, 1987) y en el de la valoración de personas mayores (Beyea y Matzo, 1989).

Actualmente, bajo el marco asistencial de registro en historias de salud electrónicas, los esfuerzos van dirigidos a la integración de la valoración enfermera y los lenguajes estandarizados de cuidados de NANDA-I (Herdman, Kamitsuru y Takáo, 2021), NOC (Moorhead, Swanson, Johnson y Mass, 2019) y NIC (Butcher, Bulechek, Dochterman y Wagner, 2019) en un formato informatizado y su orientación hacia la consecución de resultados en salud (Flanagan y Weir-Hughes, 2016). Se ha comprobado cómo los pacientes de aquellas enfermeras comunitarias que han documentado sus cuidados en las historias electrónicas utilizando el proceso enfermero y los lenguajes NNN alcanzan mejores resultados de salud, mostrando mayor control de las enfermedades crónicas y consumiendo menor cantidad de fármacos (Pérez *et al.*, 2016).

El uso de instrumentos válidos y fiables para la valoración puede facilitar, de forma rápida y sencilla, la detección de problemas que requieran de cuidados enfermeros (Brito y Aguirre, 2014). De este modo, en el contexto de la investigación en lenguajes de cuidados, parece importante priorizar la construcción y validación, o en su caso la adaptación, de herramientas que faciliten la valoración enfermera bajo el marco de patrones funcionales de salud de M. Gordon (Brito, 2020). El *Functional Health Pattern Assessment Screening Tool, FHPAST*, es un cuestionario validado, autoadministrado, compuesto por 57 ítems, con respuestas de tipo Likert, que ha obtenido buenos resultados psicométricos durante su puesta a prueba en diferentes escenarios (Barros, Michel y Nobrega, 2003; Jones, Duffy, Flanagan y Foster, 2012). A pesar de que ha sido traducido en distintos idiomas, no existe una versión disponible en español para su uso en el contexto de atención al paciente que acude a consultas de Atención Primaria (AP) de Salud.

El propósito de esta investigación es obtener una versión en español del cuestionario FHPAST, que sea válido, fiable y fácil de usar en el contexto de AP. Esta investigación forma parte de la tesis doctoral titulada *Validación y adaptación de un instrumento de medida de funcionalidad biopsicosocial, en ámbito sanitario rural* (Sanz, 2017), presentada en la Universidad de La Laguna y defendida el 24 de julio de 2017.



MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO

Se empleó un diseño metodológico de adaptación y validación de un instrumento de medida de la salud, según la Teoría Clásica de los Test.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio fue realizado, tras aprobación del Comité Ético, en una zona de salud de ámbito rural del Servicio Canario de la Salud, perteneciente a AP de Tenerife (Islas Canarias) e integrada en el Sistema Nacional público de Salud español. La población adulta adscrita al centro participante, «Consultorio Local de La Esperanza», es de 4268 personas, de las cuales 2113 (50,5%) son hombres.

FASES DEL ESTUDIO

El proceso de investigación se ejecutó en dos fases:

Fase 1. Obtención de la versión española del FHPAST

Se planificaron tres etapas: 1.1. Traducción-retrotraducción del instrumento. 1.2. Prueba piloto para valorar su comprensión, con posterior revisión y ajuste. 1.3. Validación aparente y de contenido con grupos de expertos y nueva prueba piloto.

Para obtener una versión preliminar en español (fase 1.1), el FHPAST fue traducido y retrotraducido de acuerdo con los criterios de Carvajal *et al.* (2011): a) traducción al español por dos profesionales investigadores bilingües, nativos del castellano, uno experto en sistemas de información, y el otro, en lenguaje estandarizado de cuidados; b) las dos versiones traducidas al castellano fueron comparadas y sintetizadas en una sola. Las diferencias existentes entre ambas versiones se discutieron y resolvieron mediante consenso entre ambos investigadores; c) esta versión española inicial fue retrotraducida al idioma original del FHPAST por otros dos profesionales nativos de habla inglesa, desconocedores de la versión original y ajenos al estudio; d) se conformó un comité de revisión para evaluar todas las versiones y obtener una versión preliminar final mediante consenso. Dicho comité estuvo formado por dos enfermeras asistenciales de AP y los cuatro investigadores participantes en el proceso de traducción-retrotraducción; e) prueba piloto de comprensión y ajuste (fase 1.2) realizada con una muestra pequeña de pacientes frecuentadores y de profesionales de consultas enfermeras en AP.

Para la validez aparente (fase 1.3) se conformó un grupo de 16 expertos, teniendo en cuenta criterios de formación y experiencia asistencial (Lopes, Altino y Silva de Cássia, 2010). Se estableció que debían cumplir al menos uno de los



siguientes cuatro criterios para ser considerados expertos: a) haber recibido formación reglada en metodología enfermera mínima de 50 horas; b), c) y d) experiencia asistencial, docente o investigadora mínima de cinco años en la temática de los lenguajes enfermeros estandarizados. En esta etapa los expertos asignaron, mediante rondas Delphi, cada ítem del FHPAST, revisado y modificado tras la prueba piloto inicial (en la fase 1.2), a alguno de los patrones de salud del marco de valoración de Gordon, buscando un acuerdo mínimo del 80% en tal asignación. Para los ítems que no alcanzaron el grado esperado, se realizó una segunda ronda entre los expertos para su ubicación definitiva, por mayoría simple, entre las opciones anteriores de mayor frecuencia de selección, incluso considerando su ubicación en más de un patrón de salud.

La validez de contenido se realizó con otro panel de 11 expertos, como apunta la bibliografía para este tipo de validación (Polit y Tatano, 2012). Estos expertos evaluaron cada ítem del cuestionario según las siguientes dimensiones: a) relevancia para representar el constructo global evaluado, esto es, la funcionalidad biopsicosocial del paciente que acude a AP, y b) relevancia de cada ítem para representar el patrón de salud específico al que hace referencia dentro del marco de valoración. Se emplearon, para ello, dos escalas de tipo Likert de cuatro puntos, donde 1 significaba «nada relevante/representativo», 2, «poco relevante/representativo», 3, «bastante relevante/representativo», y 4, «muy relevante/representativo». Se elaboró una hoja de recogida de datos con todos los ítems generados en el proceso anteriormente descrito que fue editada en una aplicación web. El enlace a dicha aplicación se realizó a través de un hipervínculo enviado por correo electrónico a los expertos tras su aceptación a participar en el estudio. Una vez recogidas todas las puntuaciones de los expertos, se les pidió opinión haciendo una valoración global del cuestionario en su conjunto y declarando las observaciones que considerasen pertinentes en relación con su factibilidad y aplicabilidad práctica.

El índice de validez de contenido (IVC) de cada ítem para evaluar el constructo global se calculó dividiendo el número de evaluaciones de los expertos en 3 o 4 puntos por el número total de evaluaciones de cada ítem realizadas. De manera análoga, se calculó el índice de representatividad (IR) del ítem dentro de su respectivo patrón de ubicación. El IVC e IR global fueron calculados como la media aritmética de los índices de todos los ítems. Se consideraron buenos valores de relevancia y representatividad del ítem aquellos IVC e IR iguales o superiores a 0,75 (Polit & Tatano, 2012). El cuestionario resultante se administró a una pequeña muestra de pacientes, usuarios de AP, para comprobar comprensión y factibilidad.

Fase 2. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión obtenida

Se llevó a cabo en cuatro etapas: 2.1. Validación de criterio concomitante. 2.2. Validación de constructo mediante pruebas de convergencia y de validez discriminante. 2.3. Pruebas de fiabilidad: a) evaluación de la consistencia interna, mitad y mitad y correlaciones interenunciados; b) evaluación de estabilidad mediante pruebas test-retest.



La selección de los participantes para esta segunda fase del estudio se realizó de manera consecutiva, entre aquellos pacientes con 18 o más años que acudieron a consulta, entre junio y diciembre de 2015, sabían leer y escribir, y aceptaron participar en el estudio, siendo informados sobre los objetivos y firmando el consentimiento. Con criterios de exclusión se consideraron aquellas personas con problemas cognitivos, sensorceptivos o psiquiátricos que les limitaran en la comprensión del propósito del estudio y cumplimentación del cuaderno de campo. El criterio de elegibilidad para participar en la investigación fue cumplir con todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión.

Para determinar un tamaño muestral suficiente, se utilizó la regla de Nunnally y Bernstein (1994) que propone 5 sujetos necesarios por ítem para la validación de un instrumento de medida, obteniéndose una muestra siempre mayor a 200 sujetos (Kline, 1994). Dado que el FHPAST cuenta con 57 ítems, el tamaño óptimo a alcanzar es de 285 sujetos para obtener una potencia mínima del 95% en la estimación de correlaciones de magnitud no inferiores a 0,30 en pruebas de contraste de hipótesis con nivel de significación estadística de 0,05, y pérdidas estimadas del 5%.

Para el reclutamiento de la muestra, los investigadores y enfermeras que colaboraron en el estudio invitaron a participar a los pacientes que cumplían criterios de inclusión y acudían al centro de salud durante las fechas establecidas.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

- Variables sociodemográficas: sexo (mujer/hombre), edad (en años), estado civil (soltero/casado/separado-divorciado/viudo), nivel de estudios (sin estudios/primarios/secundarios/universitarios), situación laboral (estudia/labores del hogar/trabaja/desempleado/jubilado).
- Variables clínicas: padecimiento de enfermedad crónica (sí/no) y tipo, toma de cuatro o más fármacos (sí/no).
- Functional Health Pattern Assessment Screening Tool, FHPAST (Jones, Duffy, Flanagan y Foster, 2012) en su versión traducida y adaptada al español durante la fase 1. Se trata de un cuestionario con 57 ítems y 4 opciones de respuesta de tipo Likert (nunca/algunas veces/frecuentemente/siempre). Cada enunciado corresponde a un área de valoración según el marco de patrones de salud de M. Gordon. Entre los ítems 1 y 40 la respuesta «siempre» indica el mejor estado posible, mientras que la respuesta «nunca» significa lo contrario, peor estado. A partir del ítem 41, inclusive, sucede a la inversa.
- European Quality of Life Scale, EuroQol-5D (Herdman, Badía y Berra, 2001): escala que evalúa en tres niveles de respuesta («no tengo problema», «tengo algún problema», «máximo problema») la calidad de vida percibida en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor-malestar, y ansiedad-depresión). Compara, además, el estado de salud actual, en el día de cumplimentación del cuestionario, con el de los últimos doce



meses como «mejor», «igual» o «peor» y lo cuantifica en una escala de 0 a 100, entre el «peor estado de salud imaginable» y el mejor.

- Láminas COOP/WONCA (Lizán y Reig, 2002): instrumento que valora la calidad de vida relacionada con la salud durante las últimas dos semanas mediante diez láminas ilustradas que representan forma física, sentimientos, actividades cotidianas, cuidados personales (lavarse-vestirse), actividades sociales, cambios de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida. Cada lámina se valora empleando una escala de tipo Likert del 1 al 5, donde el 1 representa el mejor estado en cada aspecto valorado y 5, el peor.
- Cuestionario para el Diagnóstico Enfermero Psico-Social, CdePS (Brito, Rodríguez, Sierra, Rodríguez y Aguirre, 2012): instrumento de ayuda a la valoración enfermera en el área psicosocial, conformado por 61 ítems con respuestas de tipo Likert (siempre/muchas veces o mucho/pocas veces o poco/nunca o nada) o dicotómicas (sí/no). El CdePS ofrece, como resultado de su administración, hasta 28 propuestas de diagnósticos enfermeros.

RECOGIDA DE DATOS

Se construyó un cuestionario autoadministrado en formato papel para recolectar los datos necesarios en relación con los grupos de variables citados anteriormente. La distribución de los cuadernos de recogida de datos se realizó por parte de las enfermeras participantes en la fase de campo. Los pacientes los cumplimentaron durante la consulta o mientras esperaban a ser atendidos, excepto en aquellas personas que presentaron alguna dificultad visual o de lectoescritura, en cuyo caso la enfermera formulaba las preguntas y registraba las respuestas dadas por el usuario.

Para evaluar la fiabilidad del FHPAST, mediante pruebas test-retest, se administró una segunda vez dicho instrumento, entre los días 7 y 14 tras el primer pase, invitando a continuar en el estudio a todos los pacientes incluidos inicialmente. En este segundo pase aceptó participar un 85% de la muestra inicial, siendo citados estos pacientes en consulta de enfermería del centro de salud para cumplimentar de nuevo el FHPAST y entregarlo a la enfermera responsable.

ASPECTOS ÉTICOS

Los participantes firmaron el consentimiento informado en el que constaban los objetivos y las características del estudio, así como se informaba sobre la confidencialidad y el tratamiento de los datos. Para asegurar dicho anonimato el cuestionario se identificó mediante código alfanumérico relacionado con la zona de salud, la enfermera responsable de encuestar y el número de orden en el proceso de reclutamiento. Este código facilitó el emparejamiento entre los cuestionarios para la evaluación de la fiabilidad test-retest. Todos los participantes colaboraron de forma voluntaria, pudiendo abandonar la investigación en cualquier momento sin justificar el motivo.



Para valorar la normalidad de las variables se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors, determinando el perfil de la muestra y la distribución de puntuaciones mediante estadística descriptiva, media y desviación estándar (DE) o mediana y percentiles (5-95), para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes, para las cualitativas.

La validez del cuestionario FHPAST en su versión española se evaluó en términos de validez de criterio concomitante y validez de constructo convergente y discriminante. La validez de criterio concomitante (fase 2.1) se calculó utilizando las puntuaciones de las respuestas a los ítems del FHPAST, individualmente o agrupadas por patrones de salud, para comprobar su grado de correlación con los ítems y/o dimensiones correspondientes al contenido de cada patrón en los otros instrumentos empleados para la recogida de datos: EuroQol-5D, láminas COOP/WONCA y CdePS. El grupo de investigación determinó, *a priori*, las dimensiones y los ítems concomitantes al contenido de cada patrón de salud para estimar la fuerza de estas correlaciones mediante coeficientes rho de Spearman. Un coeficiente $r \geq 0.8$ indicaría un grado de correlación muy fuerte, $r = 0.6-0.8$, correlación moderada, $r = 0.3-0.6$, suficiente, y $r < 0.3$, pobre (Chan, 2003). La validez de constructo convergente (fase 2.2) se estimó calculando la fuerza de la correlación entre las puntuaciones totales de las respuestas a los ítems del FHPAST y las puntuaciones totales de los otros instrumentos. La validez de constructo discriminante se halló comprobando correlaciones inversas o diferencias en las puntuaciones totales del FHPAST frente a variables esperables como la edad o el padecimiento de problemas crónicos de salud. Tales estimaciones se realizaron calculando coeficientes rho de Spearman y comparando las puntuaciones obtenidas entre los grupos mediante las pruebas T de Student o U de Mann-Whitney y ANOVA de un factor o Kruskal-Wallis, en función de la normalidad de la distribución.

En cuanto a las pruebas de fiabilidad (2.3), la consistencia interna se valoró mediante el cálculo del alfa de Cronbach, la prueba mitad y mitad y las correlaciones interenunciadas según coeficientes rho de Spearman. La estabilidad del instrumento se calculó mediante pruebas test-retest. Se tomaron como valores favorables de consistencia interna puntuaciones superiores a 0,8 para el alfa de Cronbach (Carretero-Dios y Pérez, 2005). La estabilidad de las respuestas dadas por los participantes al FHPAST en su versión en español fue valorada mediante la correlación de las puntuaciones individuales de cada ítem, agrupadas en dos categorías (funcional-disfuncional) y obtenidas tras la administración inicial del instrumento y la consecutiva, tras 7-14 días del primer pase, utilizando los valores de concordancia kappa de Cohen y considerando como reproducibilidad adecuada del cuestionario valores iguales o superiores a 0,40 (Landis & Koch, 1977).

Todos los análisis fueron procesados con ayuda del programa estadístico SPSS 25.0 (IBM, Chicago, IL) y a niveles de significación $p < 0,05$.



RESULTADOS

FASE 1. OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL FHPAST

La traducción de la escala original, de inglés a español, se realizó, por separado, por parte de dos profesionales bilingües nativos del castellano. Resultaron, de este modo, dos traducciones, que fueron comparadas y sintetizadas en una sola, recibiendo el visto bueno y aprobación del equipo de investigación. Se obtuvo así una primera versión traducida (tabla 1, ver anexo). Seguidamente, dicha traducción fue retrotraducida de nuevo al inglés por otros dos profesionales nativos de habla inglesa, quienes desconocían la versión original del instrumento, su contexto de aplicación y finalidad. La versión retrotraducida fue revisada y validada de nuevo por el equipo de investigación confirmando su consonancia con la versión original en inglés. El comité de revisión, conformado para aprobar una versión definitiva en español (tabla 1, ver anexo), realizó las modificaciones y ajustes oportunos, hasta alcanzar consenso, en el enunciado de veinte ítems, tras una prueba piloto con muestra pequeña de pacientes y profesionales en la cual se evaluaron la comprensión del instrumento y su factibilidad.

En las pruebas de validez aparente, 16 expertos asignaron cada ítem del FHPAST, ya en su versión definitiva en español, a alguno de los patrones de salud del marco de valoración de M. Gordon (1994). Esta asignación se realizó mediante rondas Delphi. Tras el primer pase a los expertos, quince de los ítems no alcanzaron el acuerdo mínimo del 80% preestablecido, por lo que se realizó una segunda ronda para ubicar dichos ítems entre las opciones de mayor frecuencia en la ronda anterior. En esta ocasión se asignó la ubicación definitiva por mayoría simple, pudiendo quedar ubicados algunos de esos ítems en el contexto de más de un patrón de salud (tabla 1, ver anexo). Esta circunstancia se dio para cuatro de los ítems del cuestionario FHPAST: 1, 42, 51 y 57. De este modo, podemos observar la cantidad de ítems del instrumento FHPAST en versión española que fueron ubicados en cada uno de los patrones de salud del marco de valoración de M. Gordon:

1. Percepción-Manejo de la Salud: 14 ítems (24,6%).
2. Nutricional-Metabólico: 3 ítems (5,3%).
3. Eliminación: 2 ítems (3,5%).
4. Actividad-Ejercicio: 6 ítems (10,5%).
5. Sueño-Descanso: 2 ítems (3,5%).
6. Cognitivo-Perceptivo: 5 ítems (8,8%).
7. Autopercepción-Autoconcepto: 11 ítems (19,3%).
8. Rol-Relaciones: 6 ítems (10,5%).
9. Sexualidad-Reproducción: 1 ítem (1,8%).
10. Adaptación-Tolerancia a estrés: 8 ítems (14%).
11. Valores-Creencias: 3 ítems (5,3%).



Los índices de validez de contenido e índices de representatividad, para cada ítem, se muestran en la tabla 1. El índice global de validez de contenido fue de 0,83 y el índice global de representatividad, de 0,81.

FASE 2. EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN OBTENIDA

Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra final participante en la fase de campo para la evaluación de las propiedades psicométricas del FHPAST versión española se presentan en la tabla 2 (ver anexo). Se incluyeron en el estudio 354 personas reclutadas en consultas del centro de salud. El tiempo de cumplimentación del instrumento fue de 7,8(2,7) minutos. La distribución de puntuaciones por categorías de respuestas del FHPAST traducido al español se expone en la tabla 3 (ver anexo).

VALIDEZ DE CRITERIO CONCOMITANTE

Se comprobaron correlaciones significativas ($p < 0,001$) entre las puntuaciones de los ítems del FHPAST, versión española, componentes del patrón de salud 1. Percepción-Manejo de la Salud y las puntuaciones de ítems o dimensiones correspondientes al mismo patrón en EuroQol-5D, láminas COOP/WONCA y CdePS, obteniéndose valores del coeficiente rho de Spearman de $r_s = -0,378$, $r_s = 0,431$, $r_s = 0,342$. En cuanto a los componentes del patrón de salud 4. Actividad-Ejercicio, los resultados de las correlaciones entre las puntuaciones de los ítems del FHPAST y los instrumentos EuroQol-5D y láminas COOP/WONCA fueron: $r_s = 0,547$, $r_s = 0,599$ ($p < 0,001$). Para el patrón de salud 6. Cognitivo-Perceptivo, se valoraron las correlaciones entre los ítems que evaluaron el nivel de dolor, entre el FHPAST y el EuroQol-5D y láminas COOP/WONCA, resultando significativas ($p < 0,001$) con valores: $r_s = 0,501$, $r_s = 0,599$. Las correlaciones entre las puntuaciones de los ítems correspondientes al patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto entre FHPAST y el resto de los instrumentos fueron: $r_s = 0,452$ (EuroQol-5D), $r_s = 0,455$ (láminas COOP/WONCA), $r_s = 0,685$ (CdePS), con significación estadística $p < 0,001$. Respecto al patrón de salud 8. Rol-Relaciones se analizaron las correlaciones entre las puntuaciones de su contenido en FHPAST y en las láminas COOP/WONCA y el cuestionario CdePS: $r_s = 0,389$, $r_s = 0,398$ ($p < 0,001$). Por último, para el patrón de salud 10. Adaptación-Tolerancia a estrés, las correlaciones entre FHPAST y el CdePS, para los ítems componentes del contenido de dicho patrón, fueron significativas con un valor rho de Spearman de 0,364 ($p < 0,001$).



VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Validez de constructo convergente

Las puntuaciones totales del FHPAST en español se correlacionaron positivamente con las variables sumatorias de puntuaciones de los otros instrumentos de contraste: EuroQol-5D, láminas COOP/WONCA y CdePS. Los valores rho de Spearman respectivos apuntan una elevada validez de convergencia: $rs=0,527$, $rs=0,616$, $rs=0,732$ ($p<0,001$).

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DISCRIMINANTE

Se comprobó que a menor edad existía mayor puntuación en el instrumento FHPAST, es decir, peor estado de salud percibido: $rs=-0,207$ ($p<0,001$). Por grupos de edad, la prueba ANOVA de un factor corroboró puntuaciones mayores para los grupos más jóvenes, comprobándose diferencias significativas ($p=0,001$) entre las medias: 109,29(21,63) puntos para el grupo de 18 a 39 años; 105,13(22,23) puntos en el grupo de 40 a 64 años; 96,73(20,25) puntos entre 65 y 79 años; y 95,90(18,63) puntos para las personas con 80 o más años (imagen 1, ver anexo). No se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones totales del FHPAST de quienes padecían problemas de salud crónicos y quienes no los padecían.

FIABILIDAD

Consistencia interna

El valor global de α de Cronbach para el FHPAST adaptado al español fue de 0,916, indicando un nivel excelente de consistencia interna según George y Mallery (2003). La prueba mitad y mitad dividió el número total de elementos del cuestionario FHPAST en dos partes desiguales, una con 29 elementos y la otra con 28. En esta prueba el coeficiente de Spearman-Brown obtuvo un valor de correlación de 0,848. Ello apunta hacia una buena confiabilidad del instrumento. Los resultados de las pruebas de consistencia interna se presentan en la tabla 4 (ver anexo). Con respecto a las correlaciones interenunciados, entre los ítems y la puntuación total, los valores obtenidos fueron aceptables para la mayoría de los componentes. Ninguno de los ítems, al ser eliminado de la escala, producía un incremento en el valor total α de Cronbach.

ESTABILIDAD

En la tabla 4 se exponen los resultados de las pruebas de fiabilidad test-retest, describiéndose los porcentajes de acuerdo pre-post respecto a los valores tomados como funcionales o disfuncionales en las respuestas a los ítems del FHPAST. Se muestran los grados de concordancia según el valor del índice kappa de Cohen, la



calidad de la correlación y el nivel de significación estadística. Hay que señalar que la mayoría de los acuerdos se encontraron en los niveles moderado-bueno según los criterios de Landis y Koch (1977).

DISCUSIÓN

En este artículo se expone la adaptación y validación al contexto español del FHPAST, instrumento que, comprobadas las adecuadas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad, recibe, en su versión española, el nombre de «Instrumento de Valoración y Cribado por Patrones Funcionales de Salud» (IVyC-PFS). El IVyC-PFS se configura como un cuestionario autoadministrado válido, fiable y fácil de usar que permite identificar las áreas de disfunción, percibidas por la persona, de acuerdo con el marco de valoración por PFS de Gordon. De este modo, las enfermeras de AP podrían contrastar los resultados en la aplicación del instrumento con la valoración clínica para posteriormente determinar las necesidades de cuidado en forma de diagnósticos enfermeros y planificar las intervenciones correspondientes.

Tras el proceso de traducción-retrotraducción (fases 1.1 y 1.2), las pruebas de validez aparente y de contenido (fase 1.3) permitieron organizar las dimensiones del IVyC-PFS según una estructura de valoración ampliamente conocida y utilizada por parte de las enfermeras asistenciales en todo el mundo, como es la de patrones de salud de Gordon. Este hecho conllevó la decisión, por parte del equipo de investigación, de no realizar un análisis factorial, con los datos empíricos, como prueba de validez de constructo, al disponer de una estructura dimensional teórica validada por expertos. En la distribución de los ítems del IVyC-PFS según los patrones de salud predominó la asignación a tres áreas fundamentalmente, que recogen casi seis de cada diez ítems del instrumento: Percepción-Manejo de la Salud, Autopercepción-Autoconcepto y Adaptación-Tolerancia a estrés. Esta característica del cuestionario apunta hacia una herramienta que describe ampliamente, y sobre todo, la salud percibida por las personas encuestadas según las áreas descritas, siendo necesario complementar estos datos de autovaloración global con la información obtenida por la enfermera en su valoración clínica. Se sabe que los cuestionarios son instrumentos de ayuda a la valoración, pero no la sustituyen (Brito y Aguirre, 2014; Brito, 2020).

Las pruebas de validez de criterio concomitante (fase 2.1), comprobada con el EuroQol-5D, las láminas COOP de la WONCA y el cuestionario CdePS, se realizaron entre los ítems componentes del IVyC-PFS para seis patrones de salud del marco de valoración de Gordon, dado que para el resto de los patrones no existía correspondencia en los instrumentos de contraste que permitieran medir el mismo criterio evaluado. Los coeficientes obtenidos mostraron valores de correlación de suficiente a moderada, según los criterios de Chan (2003).

Igualmente, los valores de correlación resultantes de las pruebas de validez de constructo convergente (fase 2.2) describen una calidad suficiente-moderada en esta fase de validación. Para la validez discriminante solamente se obtuvieron diferencias entre las puntuaciones del IVyC-PFS según los grupos de edad, declarándose peor estado de salud percibido por los participantes en personas con menos



años o pertenecientes a las categorías de edad más jóvenes. *A priori*, este hallazgo podría parecer contradictorio, si se considera el resultado como un valor global de afectación biopsicosocial centrado en áreas de funcionalidad para la vida cotidiana. Bajo esta concepción cabría esperar que las personas de más edad presentaran más limitaciones y, en consecuencia, un peor resultado al administrarse el IVyC-PFS. No obstante, como hemos mencionado anteriormente, se trata de una herramienta en la que predominan ítems de valoración de salud autopercibida y es aquí donde encontramos mayor disfuncionalidad descrita por el grupo de personas más jóvenes. Quizás porque las áreas de valoración predominantes no son tanto las físicas y funcionales para la vida diaria, sino las de salud percibida (estrés, afrontamiento, conductas de cuidados...), donde las personas de menos edad indican peor estado. Igualmente, hay que destacar, como también se señaló con anterioridad, la necesidad de confrontar los resultados del IVyC-PFS con la valoración clínica que realiza la enfermera.

Sobre la fiabilidad del instrumento IVyC-PFS, obtenido en esta investigación, los valores α de Cronbach, así como la prueba mitad y mitad y las correlaciones interenunciados, son muy favorables de cara a sustentar la consistencia interna del cuestionario. Respecto a las pruebas test-retest, el 86% de los ítems mostró un grado de acuerdo entre moderado y muy bueno (Landis y Koch, 1977) aunque solamente uno de cada cuatro ítems estaba en la categoría de acuerdo bueno o muy bueno. Esto sugiere, para futuras investigaciones, la posible realización de nuevas pruebas de estabilidad test-retest que permitan corroborar o mejorar nuestros hallazgos, centrando los análisis de contraste quizás no ya entre los ítems, sino entre las posibles salidas diagnósticas (a construir y validar) en forma de enunciados diagnósticos enfermeros de la clasificación de NANDA-I, resultantes de la combinación de respuestas a conjuntos de ítems, como sucede con el instrumento CdePS (Brito, Rodríguez, Sierra, Rodríguez y Aguirre, 2012).

El IVyC-PFS cuenta con un nivel de desarrollo alto según los criterios para el grado de recomendación de cuestionarios de medida de la salud (Badía y Alonso, 2007), cumpliendo al menos cinco de los criterios aplicables: Traducción/retrotraducción y prueba piloto de la adaptación; Validez de constructo; Validez convergente-discriminante; Fiabilidad interna y Fiabilidad test-retest.

Este estudio no está exento de posibles limitaciones en su realización. Primeramente, la no disponibilidad de un «gold standard» para valorar la funcionalidad biopsicosocial desde la perspectiva enfermera. Ello nos ha obligado a emplear otras herramientas de evaluación cercanas, que midieran conceptos similares o áreas afines como fueron el EuroQol-5D, las láminas COOP de WONCA y el cuestionario de problemas psicosociales CdePS. Otra limitación es la ausencia, al menos en la exposición de resultados de esta publicación, de pruebas de sensibilidad al cambio. Estas pruebas sí fueron realizadas y descritas, de forma cualitativa y caso por caso, para una muestra pequeña de veinte pacientes, participantes en el proceso de investigación de la tesis publicada por Sanz (2017). Serían necesarios nuevos estudios y pruebas para valorar la sensibilidad al cambio, en el estado de salud percibido, tras intervenciones enfermeras que permitieran abordar y mejorar las necesidades de cuidado, descritas empleando diagnósticos enfermeros de NANDA-I, de los participan-



tes. Finalmente, podría existir un sesgo en la elección de los participantes, dado el tipo de muestreo realizado, al llevarse a cabo la selección únicamente entre la población que acudió a consultas en el centro de salud y aceptó participar en el estudio.

CONCLUSIONES

Como conclusión principal podemos afirmar que el «Instrumento de Valoración y Cribado por Patrones Funcionales de Salud», IVyC-PFS, es un cuestionario válido, fiable y sencillo de usar para facilitar una autoevaluación de salud funcional percibida, bajo el marco de valoración de patrones funcionales de Gordon, obteniéndose con éxito una versión española de la versión original en inglés, el FHPAST.

FINANCIACIÓN

Este proyecto de investigación no ha sido financiado por ninguna entidad pública ni privada durante el proceso de realización o difusión de resultados.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

A todos los pacientes y profesionales de la Zona Básica de Salud Laguna Geneto y, en concreto, a los usuarios pertenecientes al consultorio local de La Esperanza, por su participación desinteresada y disposición a colaborar en todas las etapas del estudio.

RECIBIDO: 5-11-2021; ACEPTADO: 15-12-2021



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVIN, C. (2015). Nursing assessments: fill-in-the blank, narrative, accuracy [Blog post]. Alvin and associates legal nurse consultants. Recuperado de <http://alvinandassociateslnc.com/nursing-assessments-fill-in-the-blank-narrative-accuracy/>.
- BADÍA, X. y ALONSO, J. (2007). *La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español*. 4.ª ed. Barcelona: Editec.
- BARROS, A.L.B.L., MICHEL, J.L.M. y NOBREGA, M.L. (2003). Translation, utilization, and psychometric properties of the Functional Health Pattern Assessment screening tool with patients in Brazil. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 14(4), 17.
- BEYEA, S. y MATZO, M. (1989). Assessing elders using the functional health pattern assessment model. *Nurse educator*, 14(5), 32-37.
- BRITO BRITO, P.R., RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, C., SIERRA LÓPEZ, A., RODRÍGUEZ GÓMEZ, J.A. y AGUIRRE JAIME, A. (2012). Design and validation of a questionnaire for psychosocial nursing diagnosis in Primary Care. *Enfermería Clínica*, 22(3), 126-134.
- BRITO BRITO, P.R. y AGUIRRE JAIME, A. (2014). «Por qué son necesarios instrumentos de ayuda al diagnóstico enfermero», en Brito Brito, P.R. y Aguirre Jaime, A. *El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera* (pp. 41-49). Barcelona: Elsevier.
- BRITO BRITO, P.R. (2020). «Investigación sobre el proceso de valoración enfermera», en Echevarría Pérez, P. *Investigación en metodología y lenguajes enfermeros* (2.ª ed.) (pp. 127-136). Barcelona: Elsevier.
- BUTCHER, H., BULECHEK, G., DOCHTERMAN, J. y WAGNER, C. (eds.). (2019). *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)* (7.ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- CARBOGIM, Fda. C., OLIVEIRA, L.B. y PÜSCHEL, V.A. (2016). Critical thinking: concept analysis from the perspective of Rodger's evolutionary method of concept analysis. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 24, e2785.
- CARRETERO-DIOS, H. y PÉREZ, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- CARVAJAL, A., CENTENO, C., WATSON, R., MARTÍNEZ, M. y SANZ-RUBIALES, Á. (2011). How is an instrument for measuring health to be validated? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
- CHAN, Y.H. (2003). Biostatistics 104: correlational analysis. *Singapore Medical Journal* 44(12), 614-619.
- FLANAGAN, J. y WEIR-HUGHES, D. (2016). NANDA-I NIC and NOC, the EHR, and meaningful use. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(4), 183.
- GEORGE, D. y MALLERY, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- GIKOW, F.F., KUCHARSKI, P.M. (1987). A new look at the community: functional health pattern assessment. *Journal of community health nursing*, 4(1), 21-27.
- GORDON, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and application*. Philadelphia: Mosby.
- HERDMAN, M., BADÍA, X. y BERRA, S. (2001). EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. *Atención Primaria*, 28(6), 425-430.



- HERDMAN, H. y KAMITSURU, S. (Eds). (2019). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2018-2020*. Undécima edición. Barcelona: Elsevier.
- HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S. y TAKÁO LOPES, C. (eds.). (2021). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023*. Duodécima edición. Barcelona: Elsevier.
- JONES, D., DUFFY, M.E., FLANAGAN, J., FOSTER, F. (2012). Psychometric evaluation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST). *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 140-145.
- JONES, D.A., HERDMAN, T.H., DE CÁSSIA GENGO, R. y BUTCHER, S. (2021). «Razonamiento clínico: de la valoración al diagnóstico», en Herdman, T.H., Kamitsuru, S. y Takáo Lopes, C. (eds.). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023*. Duodécima edición. Barcelona: Elsevier.
- KLINE, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. London: Routledge.
- LANDIS, J. y KOCH, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- LIZÁN TUDELA, L. y REIG FERRER, A. (2002). Evaluation in the clinic of health-related quality of life: the COOP/WONCA cartoons. *Atención Primaria*, 29(6), 378-384.
- LOPES, J.L., ALTINO, D. y SILVA DE CÁSSIA, G.E. (2010). Content validation of current and new defining characteristics of the nursing diagnosis: Decreased cardiac output. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 764-768.
- LUNNEY, M. (2010). Use of critical thinking in the diagnostic process. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(2), 82-88.
- MOORHEAD, S., SWANSON, E., JOHNSON, M. y MASS, M. (eds.). (2019). *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)* (6ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- NUNNALLY, J.C. y BERNSTEIN, I.H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- PÉREZ RIVAS, F.J., MARTÍN-IGLESIAS, S., PACHECO DEL CERRO, J.L., MINGUET ARENAS, C., GARCÍA LÓPEZ, M. y BEAMUD LAGOS, M. (2016). Effectiveness of nursing process use in Primary Care. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(1), 43-48.
- POLIT, D.F. y TATANO BECK, C. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- SANZ SÁNCHEZ, I. (2017). *Validación y adaptación de un instrumento de medida de funcionalidad biopsicosocial, en ámbito sanitario rural* (Tesis doctoral). Directores: Novo Muñoz, M.M., Rodríguez Gómez, J.A. y Brito Brito, P.R. Universidad de La Laguna, España.



ANEXOS

TABLA 1. PRUEBAS DE TRADUCCIÓN-RETROTRADUCCIÓN, VALIDEZ APARENTE Y DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO FHPAST EN SU VERSIÓN ESPAÑOLA

ITEM	TRADUCCIÓN-RETROTRADUCCIÓN			VALIDACIÓN DE APARIENCIA: ASIGNACIÓN DE ÍTEM A PATRONES DE SALUD DE GORDON (% DE ACUERDO)	VALIDACIÓN DE CONTENIDO		
	VERSIÓN ORIGINAL FHPAST	TRADUCCIÓN INICIAL CONSENSUADA EN ESPAÑOL	RETROTRADUCCIÓN		VERSIÓN DEFINITIVA CONSENSUADA EN ESPAÑOL TRAS PRUEBA PILOTO	IVC	IR
1	I have enough energy for activities of daily living	Tengo suficiente energía para mis actividades de la vida diaria	I have enough energy to complete my everyday activities	Tengo suficiente energía para mis actividades de la vida diaria	Sueño-Descanso y Actividad-Ejercicio (43,8%) ^a	0,84	0,84
2	I do aerobic exercise for 20 minutes 2,3 or more times a week	Hago ejercicio aeróbico al menos 20 minutos tres veces o más a la semana	I do aerobic exercise at least 20 minutes three or more times a week	Hago ejercicio al menos 20 minutos tres veces o más a la semana	Actividad-Ejercicio (100%)	0,82	0,84
3	I feel rested when I awake	Me siento descansado/a cuando despierto	I feel rested when I wake up	Me siento descansado/a cuando despierto	Actividad-Ejercicio (100%)	0,86	0,73
4	I feel good about myself	Me siento bien conmigo mismo/a	I feel good about myself	Me siento bien conmigo mismo/a	Auto percepción-Auto-concepto (100%)	0,95	0,89
5	I am able to cope with stresses in my life	Puedo enfrentar el estrés en mi vida	I can handle the stress in my life	Puedo hacer frente al estrés en mi vida	Adaptación-Tolerancia a estrés (100%)	0,80	0,78
6	I have someone I can talk to when I need help/support	Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	I have someone to talk to when I need help or support	Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	Rol-Relaciones (87,5%)	0,84	0,80
7	Religious/spiritual practices give meaning to my life	Las prácticas religiosas o espirituales dan significado a mi vida	Religious or spiritual practices give meaning to my life	Las prácticas religiosas o espirituales dan significado a mi vida	Valores-Creencias (100%)	0,75	0,84





8	I am comfortable with my sexuality	Me siento a gusto con mi sexualidad	I feel comfortable with my sexuality	Me siento a gusto con mi orientación y/o práctica sexual	Sexualidad-Reproducción (93,8%)	0,82	0,84
9	My health is important to me	Mi salud es importante para mí	My health is important to me	Mi salud es importante para mí	Percepción-Manejo de la salud (81,3%)	0,84	0,80
10	I can make changes in my lifestyle to improve my health	Puedo hacer cambios en mi estilo de vida para mejorar mi salud	I can make changes in my lifestyle to improve my health	Soy capaz de hacer cambios en mis hábitos de vida para mejorar mi salud	Percepción-Manejo de la salud (93,8%)	0,93	0,86
11	I intentionally limit my dietary fat intake	Intencionalmente limito mi consumo diario de grasas	I limit my daily intake of fat on purpose	Limito mi consumo diario de grasas	Nutricional-Metabólico (100%)	0,73	0,78
12	I feel comfortable with my weight	Me siento a gusto con mi peso	I feel comfortable with my weight	Me siento a gusto con mi peso	Autopercepción-Autoconcepto (56,3%) ^a	0,82	0,80
13	I heal easily	Me curo con facilidad	I heal/recover/get better easily	Cuando estoy enfermo me recupero o mejoro con facilidad	Percepción-Manejo de la salud (87,5%)	0,67	0,61
14	I fall asleep without a problem	Me duermo sin problema	I fall asleep without difficulty	Me duermo fácilmente	Sueño-Descanso (100%)	0,82	0,77
15	I am hopeful about the future	Tengo esperanza en el futuro	I'm hopeful about the future	Tengo esperanza en el futuro	Valores-Creencias (100%)	0,78	0,75
16	I feel in control of my life	Siento que tengo el control de mi vida	I feel in control of my life	Siento que tengo el control de mi vida	Autopercepción-Autoconcepto (81,3%)	0,82	0,70
17	I like the way I look	Me gusta mi aspecto	I like my physical appearance	Me gusta mi aspecto	Autopercepción-Autoconcepto (93,8%)	0,84	0,89

18	I feel good about the decisions I make	Me siento bien con las decisiones que tomo	I feel good about the decisions I make	Me siento bien con las decisiones que tomo	Autopercepción-Autoconcepto (93,8%)	0,86	0,82
19	I am satisfied with my problem-solving ability	Estoy satisfecho con mi capacidad de resolver problemas	I'm satisfied with my ability to resolve problems	Estoy satisfecho con mi capacidad de resolver problemas	Adaptación-Tolerancia a estrés (50%) ^a	0,82	0,82
20	I seek immediate attention for changes in my health	Busco atención inmediata cuando hay cambios en mi salud	I get help immediately when there are changes in my health	Busco atención inmediata cuando hay cambios en mi salud	Percepción-Manejo de la salud (100%)	0,75	0,75
21	I am able to adjust to changes in my life	Soy capaz de adaptarme a los cambios en mi vida	I'm able to adjust to life changes	Soy capaz de adaptarme a los cambios en mi vida	Adaptación-Tolerancia a estrés (62,5%) ^a	0,89	0,86
22	I have an annual health examination	Me hago un examen anual de salud	I go for an annual health check-up	Me hago un examen anual de salud	Percepción-Manejo de la salud (100%)	0,68	0,66
23	I am able to follow recommendations from my healthcare provider	Puedo seguir las recomendaciones de mi enfermera o médico	I can follow the recommendations of my nurse or doctor	Soy capaz de seguir las recomendaciones de mi enfermera o médico	Percepción-Manejo de la salud (100%)	0,84	0,86
24	I wear a seat belt	Uso el cinturón de seguridad	I wear my seat belt in the car	Uso el cinturón de seguridad	Percepción-Manejo de la salud (93,8%)	0,75	0,70
25	I avoid the sun or use sunscreen	Evito el sol o uso protección solar	I stay out of the sun or I use sunscreen	Evito el sol o uso protección solar	Percepción-Manejo de la salud (100%)	0,82	0,73
26	I am in excellent health	Tengo una salud excelente	I am in excellent health	Tengo una salud excelente	Percepción-Manejo de la salud (93,8%)	0,68	0,66
27	I am happy with my life	Estoy feliz con mi vida	I'm happy with my life	Estoy feliz con mi vida	Autopercepción-Autoconcepto (81,3%)	0,80	0,80
28	I am able to hear clearly	Puedo oír con claridad	I can hear clearly	Puedo oír con claridad	Cognitivo-Perceptivo (100%)	0,82	0,82





29	I can concentrate for a long period of time	Puedo concentrarme por un largo periodo de tiempo	I can concentrate for a long period of time	Puedo concentrarme por un largo periodo de tiempo	Cognitivo-Perceptivo (100%)	0,68	0,73
30	I am able to learn new information easily	Puedo aprender nueva información con facilidad	I can understand new information easily	Puedo aprender nueva información con facilidad	Cognitivo-Perceptivo (100%)	0,80	0,77
31	The choices I make about my life are consistent with my values	Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis valores	The life choices I make coincide with my principles or values	Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis principios o valores	Valores-Creencias (87,5%)	0,84	0,82
32	I eat five to six servings of fruits and vegetables daily	Tomo 5 o 6 porciones de frutas y verduras al día	I eat 5 to 6 servings of fruit and vegetables a day	Tomo cinco o seis porciones de frutas y verduras al día	Nutricional-Metabólico (100%)	0,86	0,89
33	I drink six to eight glasses of water daily	Tomo de seis a ocho vasos de agua al día	I drink 6 to 8 glasses of water a day	Tomo de seis a ocho vasos de agua al día	Nutricional-Metabólico (100%)	0,86	0,86
34	I am satisfied with what I do for work	Estoy satisfecho con lo que hago en el trabajo	I'm satisfied with what I do at work	Estoy satisfecho con lo que hago en el trabajo	Auto percepción-Autoconcepto (43,8%) ^a	0,82	0,80
35	I feel comfortable with the role I play in my family	Me siento cómodo con el papel que desempeño en mi familia	I am comfortable with the role I play in my family	Me siento bien con el papel que desempeño en mi familia	Rol-Relaciones (100%)	0,89	0,84
36	I am satisfied with my social life	Estoy satisfecho con mi vida social	I am satisfied with my social life	Estoy satisfecho con mi vida social (familia, amigos...)	Rol-Relaciones (100%)	0,86	0,86
37	I feel comfortable expressing my feelings and emotions	Me siento cómodo expresando mis sentimientos y emociones	I feel comfortable expressing my feelings and emotions	Me siento cómodo expresando mis sentimientos y emociones	Auto percepción-Autoconcepto (75%) ^a	0,80	0,84
38	I feel I can easily communicate with others	Siento que puedo comunicarme fácilmente	I feel like I can communicate easily	Siento que puedo comunicarme fácilmente con los demás	Rol-Relaciones (56,3%) ^a	0,78	0,82

39	I have a usual routine that I perform to help me relax	Tengo una rutina usual que realizo para ayudar a relajarme	I have a standard routine that I use to help myself relax	Habitualmente hago cosas para relajarme	Adaptación-Tolerancia a estrés (62,5%) ^a	0,80	0,75
40	I consider myself to be healthy	Considero que estoy sano	I consider myself healthy	Considero que estoy sano	Percepción-Manejo de la salud (100%)	0,84	0,80
41	It is a burden to participate in family caretaking activities	Es una carga para mí participar en actividades de cuidado de los miembros de mi familia	It is a burden for me to participate in the activities necessary to take care of family members	Es una carga para mí participar en actividades de cuidado de los miembros de mi familia	Rol-Relaciones (93,8%)	0,96	0,89
42	I experience pain that interrupts my daily activities	Experimento dolor que interrumpe mis actividades diarias	I have pain that interferes with my daily activities	Tengo dolores que me impiden realizar mis actividades diarias	Cognitivo-Perceptivo y Actividad-Ejercicio (56,3%) ^a	0,93	0,93
43	I feel stress, tension or pressure	Siento estrés, tensión o presión	I feel stress, tension or pressure	Siento estrés, tensión o presión	Adaptación-Tolerancia a estrés (100%)	0,89	0,80
44	I have difficulty urinating	Tengo dificultades para orinar	I have difficulty urinating	Tengo dificultades para orinar	Eliminación (100%)	0,86	0,86
45	I have problems with bowel elimination	Tengo problemas para defecar	I have trouble defecating	Tengo problemas para defecar	Eliminación (100%)	0,86	0,86
46	When I drink alcohol, wine, or beer, I feel guilty	Cuando tomo alcohol, vino o cerveza, me siento culpable	When I drink alcohol, wine or beer, I feel guilty	Cuando tomo alcohol, vino o cerveza, me siento culpable	Auto percepción-Autoconcepto (43,8%) ^a	0,84	0,70
47	I use recreational drugs	Uso drogas	I use drugs	Consumo drogas	Percepción-Manejo de la salud (87,5%)	0,93	0,93
48	I smoke cigarettes	Fumo cigarrillos	I smoke cigarettes	Fumo cigarrillos	Percepción-Manejo de la salud (87,5%)	0,91	0,91





49	I have difficulty with my vision	Tengo dificultades con mi visión	I have difficulty with my vision	Tengo dificultades con mi visión	Cognitivo-Perceptivo (100%)	0,86	0,89
50	My physical abilities limit my activities of daily living	Mi capacidad física limita mis actividades diarias	My physical ability limits my daily activities	Mi capacidad física limita mis actividades diarias	Actividad-Ejercicio (93,8%)	0,91	0,91
51	I have difficulty controlling my anger	Tengo dificultad para controlar mi ira	I have difficulty controlling my temper	Tengo dificultad para controlar mi ira o rabia	Adaptación-Tolerancia a estrés y Auto percepción-Autoconcepto (50%) ^a	0,84	0,80
52	I feel unusual physical symptoms with walking	Siento síntomas físicos poco usuales al caminar	I feel unusual physical symptoms when I walk	Tengo molestias físicas al caminar	Actividad-Ejercicio (100%)	0,89	0,84
53	I worry a lot	Me preocupo mucho	I worry a lot	Me preocupo mucho	Adaptación-Tolerancia a estrés (43,8%) ^a	0,82	0,80
54	I feel at risk for physical harm	Me siento en riesgo de daño físico	I feel in danger of getting hurt physically	Me siento en riesgo de sufrir algún daño físico	Percepción-Manejo de la salud (56,3%) ^a	0,70	0,75
55	I experience physical discomfort when I am under stress	Experimento malestar físico cuando estoy bajo estrés	I feel physically unwell when I am under stress	Experimento malestar físico cuando estoy bajo estrés	Adaptación-Tolerancia a estrés (68,8%) ^a	0,75	0,84
56	I have family problems that I find difficult to handle	Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	I have family problems that I find difficult to handle	Tengo problemas familiares que me resultan difíciles de manejar	Rol-Relaciones (87,5%)	0,91	0,84
57	I fear for my safety	Temo por mi seguridad	I fear for my safety	Temo por mi seguridad	Percepción-Manejo de la salud y Auto percepción-Autoconcepto (37,5%) ^a	0,89	0,73

a: Ubicación en uno o más de un patrón de salud tras segunda ronda Delphi. IVC: Índice de Validez de Contenido. IR: Índice de Representatividad.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA PARTICIPANTE (N=354)

VARIABLES	VALORES	VARIABLES	VALORES
<i>Sexo</i>		<i>Dolor/Malestar</i>	
Mujer	60,2%	No tengo	39%
Hombre	39,8%	Tengo moderado dolor o malestar	52,5%
		Tengo mucho dolor o malestar	8,5%
<i>Edad</i>		<i>Ansiedad/Depresión</i>	
Rango	18-88	No estoy ansioso o deprimido	54,5%
Media en años (DE)	56,6(15,6)	Lo estoy moderadamente	39,3%
		Estoy muy ansioso/deprimido	6,5%
<i>Grupos de edad</i>		<i>En comparación con mi estado de salud general durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es</i>	
18 a 39 años	15,5%	Mejor	26%
40 a 64 años	49,7%	Igual	49,7%
65 a 79 años	29,1%	Peor	24,3%
80 o más años	5,6%		
<i>Estado civil</i>		<i>Mi estado de salud entre 0 y 100 puntos (de peor a mejor) es</i>	
Soltero	16,4%	Media en puntuación (DE)	64,3(19,1)
Casado o conviviente	67%		
Separado o divorciado	7,9%		
Viudo	8,8%		
<i>Estudios</i>		<i>Láminas COOP/WONCA</i>	
Sin estudios	19,2%	<i>Formalactividad física</i>	
Primarios	38,4%	Muy intensa o intensa	13%
Secundarios	27,4%	Moderada	45,2%
Universitarios	15%	Ligera o muy ligera	41,8%
<i>Situación laboral</i>		<i>Sentimientos: ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza, desánimo</i>	
Estudiante	1,7%	Nada o un poco	58,5%
Labores domésticas	17,6%	Moderadamente	18,4%
Trabaja por cuenta ajena o propia	36,2%	Bastante o intensamente	23,2%
Desempleado	13%		
Jubilado	31,4%		
<i>Padece enfermedad crónica</i>	90,7%	<i>Actividades cotidianas</i>	
		Ninguna o un poco de dificultad	70,9%
		Dificultad moderada	20,1%
		Mucha o total dificultad	9%
<i>Problema de salud</i>		<i>Cuidados: lavarse/vestirse</i>	
Obesidad o sobrepeso	49,4%	Ninguna o un poco de dificultad	92,7%
Hipertensión arterial	37%	Dificultad moderada	4,5%
Dislipemia	29,9%	Mucha o total dificultad	2,9%
Diabetes mellitus	18,1%	<i>Actividades sociales limitadas</i>	
Enfermedad cardiovascular	15,8%	En absoluto o ligeramente	72,3%
Depresión	15,5%	Moderadamente	14,1%
Artrosis o artritis	11,3%	Bastante o muchísimo	13,5%
<i>Toma 4 o más fármacos</i>	34,5%	<i>Cambio en estado de salud</i>	
		Mucho o un poco mejor	28,8%
		Igual, por el estilo	54,2%
		Un poco o mucho peor	17%
<i>EuroQol-5D</i>		<i>Estado de salud</i>	
<i>Movilidad</i>		Excelente, muy buena o buena	52,8%
No tengo problemas para caminar	67,8%	Regular	42,4%
Tengo algunos problemas	31,4%	Mala	4,8%
Tengo que estar en la cama	0,8%		



VARIABLES	VALORES	VARIABLES	VALORES
<i>Cuidado personal</i>		<i>Dolor</i>	
No tengo problemas	93,8%	Nada, muy leve o ligero	62,1%
Tengo algunos problemas	5,4%	Moderado	28,5%
Soy incapaz de lavarme o vestirme	0,8%	Intenso	9,3%
<i>Actividades cotidianas</i>		<i>Apoyo social</i>	
No tengo problemas	72,9%	Sí, de todos o de bastante gente	44,6%
Tengo algunos problemas	25,7%	Sí, algunas personas o alguien	51,4%
Soy incapaz de realizarlas	1,4%	No, nadie en absoluto	4%
<i>Diagnósticos enfermeros psicosociales más frecuentes según resultados del cuestionario CdePS</i>		<i>Calidad de vida cómo van las cosas</i>	
Síndrome de estrés-ansiedad	41,5%	Estupendamente o bastante bien	39,8%
Impotencia	39,5%	A veces bien, a veces mal	52,5%
Temor	36,7%	Bastante o muy mal	7,6%
Estrés por sobrecarga	33,9%		
Incumplimiento	33,6%		
Riesgo de soledad	33,1%		
Afrontamiento ineficaz	32,8%		
Duelo	26%		
Ansiedad	24,9%		
Soledad	24,6%		
Riesgo de duelo complicado	21,2%		
Riesgo de impotencia	20,9%		
Mantenimiento ineficaz de la salud	18,4%		
Deterioro de la interacción social	17,2%		
Baja autoestima crónica	15,5%		
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	15%		
Duelo complicado	11,6%		
Aislamiento social	11,6%		
Aflicción crónica	11%		
Déficit de actividades recreativas	11%		



TABLA 3. FRECUENCIA DE RESPUESTA A LOS ÍTEMS DEL FHPAST VERSIÓN ESPAÑOLA (N=354)

FRECUENCIA (%) DE RESPUESTA A LOS ÍTEMS DEL FHPAST VERSIÓN ESPAÑOLA		SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1	Tengo suficiente energía para mis actividades de la vida diaria	42,4	27,7	26,3	3,7
2	Hago ejercicio al menos 20 minutos tres veces o más a la semana	43,5	13,3	26,0	17,2
3	Me siento descansado cuando despierto	32,2	23,7	28,8	15,3
4	Me siento bien conmigo mismo	55,1	20,6	19,5	4,8
5	Puedo hacer frente al estrés en mi vida	46,6	24,6	24,3	4,5
6	Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	68,4	14,7	11,3	5,6
7	Las prácticas religiosas o espirituales dan significado a mi vida	33,3	9,0	24,3	33,3
8	Me siento a gusto con mi orientación y/o práctica sexual	74,9	8,2	11,0	5,9
9	Mi salud es importante para mí	84,5	8,8	5,6	1,1
10	Soy capaz de hacer cambios en mis hábitos de vida para mejorar mi salud	51,4	23,4	22,6	2,5
11	Limito mi consumo diario de grasas	39,3	30,2	22,9	7,6
12	Me siento a gusto con mi peso	36,2	14,4	25,4	24,0
13	Cuando estoy enfermo me recupero o mejoro con facilidad	46,9	24,9	24,3	4,0
14	Me duermo fácilmente	35,6	16,1	28,2	20,1
15	Tengo esperanza en el futuro	54,0	15,3	23,4	7,3
16	Siento que tengo el control de mi vida	52,8	21,2	22,6	3,4
17	Me gusta mi aspecto	57,6	19,5	15,5	7,3
18	Me siento bien con las decisiones que tomo	46,6	29,7	21,5	2,3
19	Estoy satisfecho con mi capacidad para resolver problemas	48,9	25,7	24,0	1,4
20	Busco atención inmediata cuando hay cambios en mi salud	52,3	20,6	22,0	5,1
21	Soy capaz de adaptarme a los cambios en mi vida	54,2	27,7	16,1	2,0
22	Me hago un examen anual de salud	64,1	11,0	14,7	10,2
23	Soy capaz de seguir las recomendaciones de mi enfermera o médico	65,8	22,9	9,9	1,4
24	Uso el cinturón de seguridad	94,6	3,1	1,1	1,1
25	Evito el sol o uso protección solar	61,9	17,8	13,6	6,8
26	Tengo una salud excelente	21,5	35,3	31,1	12,1
27	Estoy feliz con mi vida	53,1	21,5	19,5	5,9
28	Puedo oír con claridad	66,4	17,5	14,4	1,7
29	Puedo concentrarme por un largo período de tiempo	36,2	24,9	30,8	8,2





30	Puedo aprender nueva información con facilidad	36,4	27,7	31,4	4,5
31	Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis principios o valores	56,2	28,5	13,0	2,3
32	Tomo cinco o seis porciones de frutas y verduras al día	32,2	16,9	37,3	13,6
33	Tomo de seis a ocho vasos de agua al día	38,1	16,4	26,3	19,2
34	Estoy satisfecho con lo que hago en el trabajo	62,4	19,2	15,5	2,8
35	Me siento bien con el papel que desempeño en mi familia	66,4	18,1	14,1	1,4
36	Estoy satisfecho con mi vida social (familia, amigos...)	65,8	18,1	13,3	2,8
37	Me siento cómodo expresando mis sentimientos y emociones	48,9	21,8	24,0	5,4
38	Siento que puedo comunicarme fácilmente con los demás	61,6	20,1	15,5	2,8
39	Habitualmente hago cosas para relajarme	25,1	22,9	31,4	20,6
40	Considero que estoy sano	33,6	24,9	27,7	13,8
41	Es una carga para mí participar en actividades de cuidado de los miembros de mi familia	5,9	2,5	18,4	73,2
42	Tengo dolores que me impiden realizar mis actividades diarias	14,1	13,6	35,3	37,0
43	Siento estrés, tensión o presión	11,6	14,4	43,8	30,2
44	Tengo dificultades para orinar	1,7	2,3	10,7	85,3
45	Tengo problemas para defecar	3,1	4,5	20,6	71,8
46	Cuando tomo alcohol, vino o cerveza, me siento culpable	2,5	1,1	10,7	85,6
47	Consumo drogas	0,3	0,6	2,8	96,3
48	Fumo cigarrillos	11,0	4,8	6,8	77,4
49	Tengo dificultades con mi visión	13,0	20,6	37,3	29,1
50	Mi capacidad física limita mis actividades diarias	8,8	11,3	25,1	54,8
51	Tengo dificultad para controlar mi ira o rabia	8,2	9,0	36,7	46,0
52	Tengo molestias físicas al caminar	13,0	11,6	31,9	43,5
53	Me preocupo mucho	39,5	16,9	32,8	10,7
54	Me siento en riesgo de sufrir algún daño físico	15,5	5,4	28,8	50,3
55	Experimento malestar físico cuando estoy bajo estrés	17,8	14,4	32,5	35,3
56	Tengo problemas familiares que me resultan difíciles de manejar	11,3	8,5	26,8	53,4
57	Temo por mi seguridad	15,3	6,2	17,5	61,0

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE PUNTUACIONES Y RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE FIABILIDAD: CONSISTENCIA INTERNA Y ESTABILIDAD TEST-RETEST

ÍTEM DE LA ESCALA FHPAST ADAPTADA AL ESPAÑOL	DISTRIBUCIÓN DE PUNTUACIONES (N=354)				CONSISTENCIA INTERNA (N=354)				FIABILIDAD TEST-RETEST (N=300)				
	Media	DE	CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL	GRADO DE CORRELACIÓN	α CRONBACH (ELIMINANDO EL ÍTEM)	DISFUNCIÓN	No DISFUNCIÓN	TOTALES	ÍNDICE K DE COHEN	GRADO DE CORRELACIÓN	VALOR P	CONCORDANCIA PRE-POST (%)	
												DISFUNCIÓN	VALOR P
1. Tengo suficiente energía para mis actividades de la vida diaria	1,87	0,896	0,585	Suficiente	0,908	21,7	59,3	81,0	0,558	Moderado	<0,001		
2. Hago ejercicio al menos 20 minutos tres veces o más a la semana	2,13	1,162	0,363	Débil	0,911	31,7	47,3	79,0	0,569	Moderado	<0,001		
3. Me siento descansado cuando despierto	2,23	1,068	0,409	Suficiente	0,910	31,3	46,0	77,3	0,537	Moderado	<0,001		
4. Me siento bien conmigo mismo	1,70	0,909	0,686	Moderado	0,907	17,0	68,0	85,0	0,596	Moderado	<0,001		
5. Puedo hacer frente al estrés en mi vida	1,83	0,922	0,641	Moderado	0,908	18,7	59,3	78,0	0,474	Moderado	<0,001		
6. Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	1,51	0,888	0,362	Débil	0,910	10,3	77,3	87,6	0,552	Moderado	<0,001		
7. Las prácticas religiosas o espirituales dan significado a mi vida	2,57	1,261	0,146	Débil	0,913	48,7	34,0	82,7	0,646	Bueno	<0,001		
8. Me siento a gusto con mi orientación y/o práctica sexual	1,45	0,893	0,311	Débil	0,911	12,0	76,3	88,3	0,603	Bueno	<0,001		
9. Mi salud es importante para mí	1,20	0,536	0,386	Débil	0,911	3,3	91,7	95,0	0,545	Moderado	<0,001		
10. Soy capaz de hacer cambios en mis hábitos de vida para mejorar mi salud	1,73	0,868	0,488	Suficiente	0,909	11,7	67,7	79,7	0,398	Bajo	<0,001		






11. Límite mi consumo diario de grasas	1,96	0,945	0,177	Débil	0,912	21,7	58,3	80,0	0,540	Moderado	<0,001
12. Me siento a gusto con mi peso	2,35	1,192	0,321	Débil	0,911	39,3	41,7	81,0	0,620	Bueno	<0,001
13. Cuando estoy enfermo me recupero o mejor con facilidad	1,84	0,921	0,445	Suficiente	0,910	18,0	62,7	80,7	0,517	Moderado	<0,001
14. Me duermo fácilmente	2,29	1,158	0,474	Suficiente	0,909	39,3	45,3	84,6	0,692	Bueno	<0,001
15. Tengo esperanza en el futuro	1,82	1,019	0,551	Suficiente	0,909	22,0	60,0	82,0	0,579	Moderado	<0,001
16. Siento que tengo el control de mi vida	1,74	0,901	0,580	Suficiente	0,908	17,0	64,7	81,7	0,526	Moderado	<0,001
17. Me gusta mi aspecto	1,68	0,953	0,557	Suficiente	0,909	16,0	70,0	86,0	0,605	Bueno	<0,001
18. Me siento bien con las decisiones que tomo	1,77	0,850	0,586	Suficiente	0,909	12,0	68,3	80,3	0,424	Moderado	<0,001
19. Estoy satisfecho con mi capacidad para resolver problemas	1,76	0,852	0,603	Moderado	0,908	16,3	65,0	81,3	0,511	Moderado	<0,001
20. Busco atención inmediata cuando hay cambios en mi salud	1,78	0,943	0,366	Débil	0,910	25,0	64,7	89,7	0,493	Moderado	<0,001
21. Soy capaz de adaptarme a los cambios en mi vida	1,64	0,809	0,499	Suficiente	0,909	9,0	70,3	79,3	0,341	Bajo	<0,001
22. Me hago un examen anual de salud	1,70	1,046	0,172	Débil	0,912	18,0	71,7	89,7	0,710	Bueno	<0,001
23. Soy capaz de seguir las recomendaciones de mi enfermera o médico	1,45	0,719	0,380	Débil	0,910	4,0	83,3	87,3	0,317	Bajo	<0,001
24. Uso el cinturón de seguridad	1,08	0,393	0,053	Sin correlación	0,912	0,3	98,0	98,3	0,277	Bajo	<0,001
25. Evito el sol o uso protección solar	1,62	0,939	0,124	Débil	0,913	12,0	72,0	84,0	0,500	Moderado	<0,001
26. Tengo una salud excelente	2,30	0,940	0,618	Moderado	0,908	35,0	47,3	82,3	0,642	Bueno	0,001
27. Estoy feliz con mi vida	1,73	0,933	0,705	Moderado	0,907	20,3	70,3	90,6	0,751	Bueno	<0,001
28. Puedo oír con claridad	1,49	0,776	0,185	Débil	0,912	11,0	74,7	85,7	0,519	Moderado	<0,001
29. Puedo concentrarme por un largo período de tiempo	2,09	0,997	0,531	Suficiente	0,909	24,0	51,3	75,3	0,468	Moderado	<0,001

30. Puedo aprender nueva información con facilidad	2,03	0,935	0,350	Débil	0,911	23,3	50,7	74,0	0,438	Moderado	<0,001
31. Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis principios o valores	1,60	0,789	0,452	Suficiente	0,910	8,7	76,3	85,0	0,447	Moderado	<0,001
32. Tomo cinco o seis porciones de frutas y verduras al día	2,28	1,053	0,272	Débil	0,911	39,0	41,3	80,3	0,607	Bueno	<0,001
33. Tomo de seis a ocho vasos de agua al día	2,26	1,149	0,174	Débil	0,913	35,3	48,3	83,6	0,668	Bueno	<0,001
34. Estoy satisfecho con lo que hago en el trabajo	1,56	0,841	0,548	Suficiente	0,909	13,0	75,3	88,3	0,618	Bueno	<0,001
35. Me siento bien con el papel que desempeño en mi familia	1,48	0,772	0,529	Suficiente	0,909	11,0	78,7	89,7	0,620	Bueno	<0,001
36. Estoy satisfecho con mi vida social (familia, amigos...)	1,52	0,825	0,604	Moderado	0,908	11,0	77,3	88,3	0,584	Moderado	<0,001
37. Me siento cómodo expresando mis sentimientos y emociones	1,85	0,962	0,481	Suficiente	0,909	19,0	59,7	78,7	0,489	Moderado	<0,001
38. Siento que puedo comunicarme fácilmente con los demás	1,59	0,848	0,494	Suficiente	0,909	9,0	72,3	81,3	0,378	Bajo	<0,001
39. Habitualmente hago cosas para relajarme	2,46	1,095	0,249	Débil	0,912	38,7	32,3	71,0	0,419	Moderado	<0,001
40. Considero que estoy sano	2,16	1,051	0,531	Suficiente	0,909	32,3	49,3	81,6	0,645	Bueno	<0,001
41. Es una carga para mí participar en actividades de cuidado de los miembros de mi familia	1,41	0,813	0,151	Débil	0,912	2,7	81,7	84,4	0,174	Insignificante	0,002
42. Tengo dolores que me impiden realizar mis actividades diarias	2,03	1,038	0,368	Débil	0,910	18,3	64,3	82,6	0,560	Moderado	<0,001
43. Siento estrés, tensión o presión	2,05	0,957	0,552		0,909	16,0	66,3	82,3	0,527	Moderado	<0,001
44. Tengo dificultades para orinar	1,21	0,565	0,170	Débil	0,912	1,3	92,0	93,3	0,251	Bajo	<0,001
45. Tengo problemas para defecar	1,37	0,696	0,208	Débil	0,912	4,0	90,3	94,3	0,555	Moderado	<0,001





46. Cuando tomo alcohol, vino o cerveza, me siento culpable	1,20	0,567	0,121	Débil	0,912	1,3	95,3	96,6	0,427	Moderado	<0,001
47. Consumo drogas	1,04	0,269	0,102	Débil	0,912	0,3	99,0	99,3	0,497	Moderado	<0,001
48. Fumo cigarrillos	1,47	0,992	0,186	Débil	0,912	13,7	84,0	97,7	0,908	Muy bueno	<0,001
49. Tengo dificultades con mi visión	2,16	0,989	0,042	Sin correlación	0,914	18,3	59,0	77,3	0,462	Moderado	<0,001
50. Mi capacidad física limita mis actividades diarias	1,72	0,965	0,372	Débil	0,910	13,3	70,7	84,0	0,524	Moderado	<0,001
51. Tengo dificultad para controlar mi ira o rabia	1,80	0,923	0,254	Débil	0,911	7,7	75,3	83,0	0,374	Bajo	<0,001
52. Tengo molestias físicas al caminar	1,93	1,033	0,261	Débil	0,911	20,0	67,7	87,7	0,681	Bueno	<0,001
53. Me preocupo mucho	2,83	1,062	0,272	Débil	0,911	43,0	33,3	76,3	0,523	Moderado	<0,001
54. Me siento en riesgo de sufrir algún daño físico	1,84	1,067	0,337	Débil	0,911	13,3	70,3	83,6	0,516	Moderado	<0,001
55. Experimento malestar físico cuando estoy bajo estrés	2,10	1,078	0,530	Suficiente	0,909	18,7	59,7	78,4	0,480	Moderado	<0,001
56. Tengo problemas familiares que me resultan difíciles de manejar	1,75	0,995	0,399	Débil	0,910	9,7	74,3	84,0	0,450	Moderado	<0,001
57. Temo por mi seguridad	1,74	1,106	0,205	Débil	0,912	11,0	70,3	81,3	0,424	Moderado	<0,001
Instrumento completo (rango entre 57 y 228)	102,75	21,812	-	-	0,916						

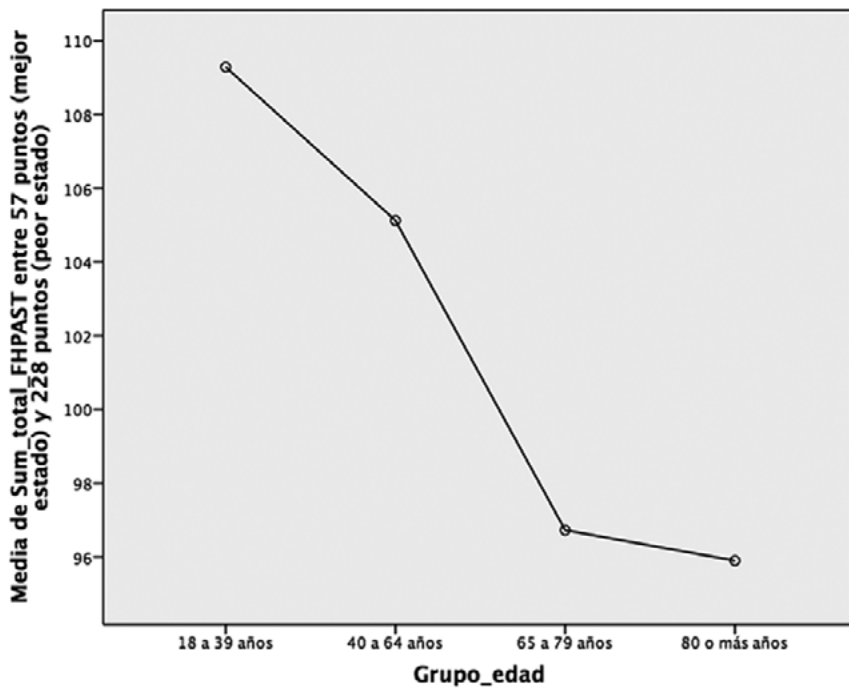


Imagen 1. Gráfico de las medias de puntuación FHPAST según grupos de edad (n=354).



