

## Validación teórica de Programa de Orientación Familiar para potenciar autodeterminación en adolescentes con discapacidad físico-motora

*Theoretic Validation of Familiar Counselling's Program to potentiate self-determination in teenager with physical disabilities*

MSc. Yanetsy Rodríguez-Abreu, [orcid.org/0000-0002-0991-8884](https://orcid.org/0000-0002-0991-8884)

[yanera@uo.edu.cu](mailto:yanera@uo.edu.cu)

Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba

Lic. Ailen Velázquez-Labrada, [orcid.org/0000-0001-5575-7076](https://orcid.org/0000-0001-5575-7076)

[ailen.85@nauta.cu](mailto:ailen.85@nauta.cu)

Dirección de Educación Municipio Urbano Noris, Holguín

MSc. Larissa Beatriz Turtós-Carbonell, [orcid.org/0000-0001-7009-1030](https://orcid.org/0000-0001-7009-1030)

[lturtos@uo.edu.cu](mailto:lturtos@uo.edu.cu)

Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba

MSc. María Trinidad Cañamero-Dinza, [orcid.org/0000-0001-8425-8903](https://orcid.org/0000-0001-8425-8903)

[trinidad@nauta.cu](mailto:trinidad@nauta.cu)

Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba

### Resumen

La orientación familiar resulta útil para potenciar el desarrollo de la autodeterminación en adolescentes con discapacidad físico-motora. Determinar la validez teórica de Programa de Orientación Familiar para potenciar el desarrollo de la autodeterminación de adolescentes con discapacidad físico-motora. Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo-transversal, con la participación de 21 *Expertos* seleccionados por método Delphi. Para la recogida de datos se utilizaron, el *Método Bibliométrico*, *Encuesta de Competencia de Expertos* y *Encuesta a Expertos*. El análisis de datos implicó el uso del Excel y el SPSS (versión 22.0.). El Coeficiente de Variación debió ser de 3.33. Las valoraciones realizadas por los *Expertos* permitieron constatar un alto nivel de concordancia en relación a la rigurosidad científica del Programa de Orientación Familiar, la calidad de su formato, claridad de objetivos, estructura general de las sesiones, pertinencia de los temas tratados, calidad de la redacción y pertinencia de las sesiones.

**Palabras clave:** autodeterminación; adolescencia; discapacidad físico-motora; orientación familiar; validación teórica.

## Abstract

Familiar counselling is convenient for to potentiate the self-determination develop in teenagers with physical disability. To determinate the theoretic validation of Familiar Counselling's Program for potentiate self-determination develop in teenagers with physical disability. Was accomplish a descriptive quantitative-transverse research, with the participation of 21 *Experts Judges*, selected by *Delphi Methods*. The data obtainment was doing with the *Bibliometric Methods*, *Inquest of Experts Competencies* and *Questionnaire of Experts*. The statistical analysis was doing with Excel and SPSS (version 22.0.). The Coefficient of Variation was of 3.33. The valuations realized by experts, allowed to ascertain a high level of concordance about the scientific hardness of Familiar Counselling's Program, the quality of its format, comprehensibility of objectives, general structure of sessions, pertinence of points, quality of writing and appositeness of sessions.

**Keywords:** self-determination; adolescence; familiar counselling; physical disability; theoretic validation.

## Introducción

La discapacidad físico-motora, definida como la pérdida parcial o total, transitoria o permanente de una o más de las funciones motoras y/o de la integridad física de las personas (Castro, 2006) tiene lugar como consecuencia de múltiples factores etiológicos (enfermedades orgánicas o funcionales), cuya interacción con las características de la persona y la sociedad donde vive, propician su discapacidad propiamente dicha (incapacidad para el desempeño) y su minusvalía (grado de desventajas para la participación social). Sin embargo, al margen del factor etiológico o el grado de validismo, las personas con discapacidad físico-motora siempre presentan algún grado de limitación para la marcha y el movimiento, que pueden ir desde niveles muy leves en unos casos, hasta la inmovilidad total en otros (Arenas, 2009). Esto les restringe en menor o mayor medida el desplazamiento, el autocuidado, la actividad laboral, la vida sexual, etc. Es decir, les obstaculiza el cumplimiento de las tareas cotidianas más comunes, lo cual repercute negativamente en toda la dinámica de su vida personal, familiar y social (Ariza, Zuliani & Bastidas, 2018).

A la par de todos los obstáculos objetivos que endurecen las condiciones de vida en la discapacidad físico-motora, estas personas también sufren muchas complicaciones psicológicas. Tal es el caso de la poca aceptación de la imagen corporal como secuela de la distorsión de la autorepresentación y los consecuentes problemas de autovaloración y autoestima, matizados por desviaciones en el desarrollo y/o funcionamiento de la personalidad, que dan al traste con la adecuada regulación del comportamiento y la adaptación al medio (Marcilla, 2012; Oliva & Guardiola, 2014).

Sin embargo, según señalan Manjarrés & Hederich (2018), el problema más acuciante para las personas con discapacidad físico-motora es a nivel familiar, sobre todo en familias como las latinas, por cultura sobreprotectoras e invasivas del espacio personal de sus miembros (Roca, 2006; Ferrer, 2017). Pues el entorno familiar, si bien es un espacio esencial para el desarrollo de las potencialidades de sus miembros (Arés, 2018; Rodríguez & Guerrero, 2012), en el caso de las personas con discapacidad se puede convertir en un espacio lacerante de su desarrollo social y personal, tal como señalan varios autores (Díaz & Mejía, 2015).

En buena parte de los casos, las familias no ofrecen a estas personas posibilidades reales de control sobre sus vidas, disponiendo lo que es mejor, tomando sus decisiones. Para la persona con discapacidad físico-motora, la familia es fuente esencial de *indefensión aprendida* (Abery y Stancliffe, 2003; Field & Hoffman, 1994). Es válido acotar que la limitación y sobreprotección excesiva que ejerce la familia sobre la persona con discapacidad físico-motora, subyace al miedo a peligros físicos, falta de expectativas, de confianza, de tiempo, de paciencia para el aprendizaje, desconocimiento sobre cómo mejorar el autovalidismo, etc., (Vicente, 2013). No obstante, es incuestionable que el impacto familiar de la presencia de un miembro con discapacidad físico-motora u otra discapacidad es significativo (Soto, Valdés, Morales & Bernal, 2015).

Las peculiaridades de un hijo con discapacidad modifican de forma radical todo el accionar de la familia, exigiendo de esta, altos niveles de disponibilidad, aparejado a un enorme esfuerzo cotidiano. Los roles parentales se complejizan, ya que la función de los padres es aún más importante en la generación de oportunidades que garanticen el desarrollo de las potencialidades y la proyección personal del hijo con discapacidad (Manjarrés, 2012). Aparejado a ello, se dañan los sistemas de roles, sobre todo

psicoemocionales. Pero más allá de los roles, la codependencia entre la persona con discapacidad y sus seres de apego es creciente, pudiendo tomar matices psicopatológicos (Roque & Acle, 2013; Wehmeyer & Field, 2007). Todo esto, asociado a lástimas, culpabilidades, remordimientos y arrepentimientos, que desarrollan los parientes hacia las personas con discapacidad (Verdugo, Vicent & Gómez, 2009).

Esto favorece que dichas personas se proyecten al futuro, tomen sus decisiones y regulen su comportamiento en base a sus limitaciones, pero, sobre todo, a partir de estereotipos, prejuicios y representaciones negativas de su discapacidad. Todo, desde las influencias familiares inadecuadas, que se van enraizando en la estructura de su personalidad (Barbosa, 2012; Dunst & Trivette, 2009). De hecho, estas consideraciones expresan la relevancia del estudio de la influencia familiar en el desarrollo psicológico de las personas con discapacidad físico-motora, tanto para comprender su dinámica, como para la intervención en función de su potenciación (Dempsey & Keen, 2008).

Estos elementos que dinamizan la vida personal y familiar de la persona con discapacidad físico-motora, tiene como una secuela muy significativa, el pobre desarrollo de la autodeterminación (Peralta & Arellano, 2010). Según Wehmeyer (1999), la autodeterminación es una característica disposicional que permite a la persona actuar como el agente causal de su propia vida, siendo capaz de hacer las elecciones y tomar las decisiones que repercutan en su calidad de vida, sin influencias externas. El papel de la familia en el desarrollo de la autodeterminación es fundamental, sobre todo en la adolescencia (Arellano, 2015). Pues según Field y Hoffman (1994), la adolescencia es crítica en el desarrollo de la autodeterminación, ya que en esta etapa se sientan sus bases fundamentales. Pues los adolescentes tienen que enfrentar al cumplimiento de distintas tareas e hitos evolutivos, que guardan íntima relación con el desarrollo de la autodeterminación e irremediabilmente determinan el ajuste o no de su posterior cristalización durante la juventud (Alemán, 2015).

La mayoría de los autores reconocen que la autodeterminación es potencialmente desarrollable en todas las personas, incluso en las que viven con una discapacidad y que una vez desarrollada, está presente toda la vida. Además, está influida tanto por los atributos personales como por el contexto y resulta esencial para el manejo del entorno (Ryan & Deci, 2013; Wehmeyer & Schalock, 2001; Wehmeyer & Garner, 2003;

Pascual, Garrido & Antequerra, 2014). De hecho, según Verdugo (2011), en ello radica la relevancia de su estudio en la discapacidad.

No obstante, el desarrollo de la autodeterminación no es resultado automático de la maduración psicológica o la edad del ser humano. Depende de la interacción entre factores psicológicos y factores ambientales en los que está inmerso el individuo a lo largo de su vida. Factores que según Wehmeyer (2011), en las personas con discapacidad físico-motora involucran necesariamente todos los elementos asociados a la condición de salud que subyace a los defectos estructurales o funcionales que causan su incapacidad para el desempeño y sus desventajas para la participación social, los cuales se reflejan en la dinámica individual, familiar y social de la persona. Es por eso que, en los últimos años, el estudio de las variables psicológicas, familiares y sociales que subyacen al desarrollo de la autodeterminación en adolescentes con discapacidad, se ha convertido en un tema cada vez más común (Zulueta & Peralta, 2008).

Tradicionalmente, la investigación sobre autodeterminación en adolescentes con discapacidad se ha realizado en la discapacidad intelectual (Contreras, 2013; Córdoba, Gómez & Verdugo, 2008), siendo casi inexistente en la físico-motora (Soler-Nariño & Bring-Pérez, 2015; Rodríguez, 2017). A nivel internacional, según comenta Arellano (2015), los investigadores tienden a centrar más el interés por los factores personales subyacentes al desarrollo de la autodeterminación, que por los factores ambientales que actúan como facilitadores o barreras del desarrollo de sus componentes, como la familia. Sin embargo, algunos de los estudios realizados revelan que las familias pocas veces favorecen el desarrollo psicológico de sus hijos con discapacidad (Soler-Nariño & Mendoza-Vázquez, 2011; Samayoa, 2017).

En principio, los parientes no promueven el desarrollo del validismo, no lo enfrentan a las tareas propias de la edad, le relegan de muchas exigencias cotidianas y les privan de las vivencias sociales necesarias para la vida en sociedad (Padilla & Lucas, 2009; Pereira, 2015). A todo esto, se suman actitudes que inciden en el entorno de la persona con discapacidad y son potencialmente nocivas desde el punto de vista psicológico, tales como sobreprotección, autoritarismo, inconsistencia, rechazo, maltrato físico y daño emocional (Pierson, Carter Lane & Glaeser, 2008).

Por ello, aunque el ser humano tiene una capacidad única para desarrollar sus potencialidades (Roca, 2006), la familia desempeña un rol básico para que los adolescentes con discapacidad físico-motora trasciendan los niveles prolongados y profundos de dependencia de los adultos, puedan desarrollar un comportamiento autodeterminado y logren alcanzar niveles óptimos de desarrollo psicológico e integración social, que les permitan la regulación saludable de su comportamiento. Se necesita que la familia, en tanto que agente socializador básico, sea una plataforma de despegue de esas potencialidades (Arés, 2018; Arellano & Peralta, 2013). No obstante, para que la familia sea esa plataforma de despegue del desarrollo psicológico de los hijos, el espacio fundamental de desarrollo de su autodeterminación, requiere ser lo que Arés (2018), denomina familia potenciadora del desarrollo psicológico. Esa familia es aquella con altos niveles de organización y funcionalidad, es decir, una familia saludable, según los criterios de salud familiar presentados por Herrera (2010), González y Herrera (2013), y Herrera y González (2017).

Por tanto, para convertir a la familia en favorecedora del desarrollo de la autodeterminación de sus hijos con discapacidad físico-motora, ésta debe ser dotada de los recursos necesarios para optimizar sus niveles de funcionabilidad y ser una familia saludable. Es por ello que, tomando en cuenta los aspectos antes relacionados, se diseñó el presente estudio, con el propósito de evaluar teóricamente la propuesta de un Programa de Orientación Familiar para potenciar el desarrollo de la autodeterminación en adolescentes con discapacidad físico-motoras.

## **Metodos**

### *Tipo de estudio. Participantes*

Se realizó un estudio cuantitativo transversal, no experimental, de tipo descriptivo, con la participación de una población de Jueces Expertos (con coeficiente de competencia entre 0.8 y 1, según Método Delphi), conformado por profesionales de las ciencias sociales, la educación y/o la salud, con formación teórica y experiencia profesional de al menos 5 años, en la investigación, la docencia, y/o la orientación educativa, en temas relacionados con la familia, la discapacidad, la autodeterminación, y/o la adolescencia. Estos debieron registrar obras científicas de su autoría, publicadas en los últimos 10 años, por editoriales o revistas científicas de prestigio. Además, debieron declarar su disposición a participar en la investigación.

### **Métodos y Procedimientos para la recogida de datos**

El proceso de validación teórica del *Programa de Orientación Familiar* supuso dos etapas de trabajo. En la *Primera Etapa* tuvo lugar la selección de los Jueces Expertos. En la *Segunda Etapa* tuvo lugar la evaluación de la estructura del programa propiamente. Para la obtención de los datos correspondientes a cada una de estas etapas se aplicaron los siguientes métodos:

*Método Bibliométrico:* Para identificar en bases de datos en Internet, aquellos profesionales que registraran obras científicas de su autoría, publicadas en los últimos 10 años por editoriales o revistas científicas de prestigio.

*Encuesta sobre Competencia de Expertos:* Para obtener los datos profesionales del especialista preseleccionado mediante el *Método Bibliométrico* como posible *Experto*, solicitar su consentimiento de participación en el estudio y obtener información precisa en torno a su *nivel de conocimiento*, su *capacidad de comprensión y experiencia* en relación a las temáticas del estudio, y con ello obtener los datos precisos para calcular su *Coefficiente de Competencia*.

*Encuesta a Expertos:* Para obtener datos sobre la rigurosidad científica en la concepción del programa, calidad de su formato, claridad de los objetivos, estructura general, orden lógico de las sesiones, pertinencia de los temas tratados, calidad de la redacción y pertinencia de cada sesión.

### **Métodos para el procesamiento estadístico de datos**

El procesamiento de los datos implicó el uso del *Paquete Estadístico para la Ciencias Sociales* (SPSS 22.0) y Hojas de Cálculo Excel. Para calcular el *Coefficiente de Competencia de Expertos*, se utilizó el *Método Delphi*. El análisis de los datos profesionales de los Expertos implicó el uso de estadígrafos descriptivos para una sola variable. El cálculo del nivel de concordancia de los expertos en relación a la estructura general del programa y la concepción de sus sesiones, a partir de los criterios definidos para ello, implicó el cálculo de un *Coefficiente de Variación*.

### **Criterios de evaluación de la estructura del programa**

Para la evaluación de la estructura del programa, se definieron varios criterios, tomando en consideración los aspectos sugeridos por Bayarre (2004), a tener en cuenta durante la

validación teórica de programas de intervención. Los mismos se agruparon en dos categorías.

- *Criterios para la evaluación general del programa:* (1) Rigurosidad científica; (2) Calidad del formato de presentación; (3) Presentación y claridad de los objetivos; (4) Estructura general del programa; (5) Orden lógico de las sesiones; (6) Pertinencia de la metodología utilizada; (7) Pertinencia de los temas tratados; (8) Calidad de la redacción del programa.
- *Criterios para la evaluación específica de cada sesión del programa:* (1) Pertinencia del tema de la sesión; (2) Pertinencia de los objetivos; (3) Pertinencia de los contenidos a tratar; (4) Estructura lógica de la sesión; (5) Recursos metodológicos auxiliares; (6) Materiales de apoyo; (7) *Indicadores de evaluación;* (8) Concepción de la devolución.

## Resultados y discusión

Como resultado de la aplicación del *Método Bibliométrico*, se identificó una cifra total de 43 profesionales de las ciencias sociales, la salud y la educación, pertenecientes a instituciones de educación superior y de salud pública del país, con una cifra total de 322 publicaciones registradas en los últimos 10 años sobre alguna de las áreas temáticas de interés. De estos 43 candidatos, el 62.8% (27 profesionales) confirmó su interés en participar como experto en la evaluación del programa, contando todos los casos con más de 10 años de ejercicio profesional en su posible área de expertise. Luego del cálculo del *Coficiente de Competencia* de estos 27 candidatos, se obtuvo que solo el 77.7% (21 casos) cumplía con este criterio de selección. De este modo, la población de estudio quedó conformada por 21 profesionales.

El 85.7% de la *población de Expertos* fue de género femenino y el 14.3% de género masculino. La edad promedio fue de 57.38 años con una desviación estándar de 8.127, en un rango de 39 a 70 años. Los años promedio de experiencia profesional fueron de 33.43, con una desviación estándar de 8.931, en un rango de 16 a 47 años. El 28.6% registró más de 40 años de experiencia profesional, el 52.4% de 30 a 39 años de experiencia, el 9.5%, de 20 a 29 años y el 9.5% de 10 a 19 años de experiencia profesional. Estos profesionales registraron un promedio de 8.24 publicaciones científicas realizadas en los últimos 10 años, con una desviación estándar de 4.527, en



un rango de 4 a 19 por autor, para una cifra total de 173 publicaciones. El Coeficiente de Competencia promedio fue de 0.91, con una desviación estándar de 0.047, en un rango de 0.80 a 0.98.

El 66.7% de la población de expertos es graduado de psicología, el 28.6% de educación, el 34.8% de medicina. El 100% de los casos son doctores en ciencias, de estos, el 38.1% en ciencias psicológicas, el 47.6% en ciencias pedagógicas y el 14.3% en ciencias de la salud. El 19.0% pertenece a la Universidad de la Habana, el 38.1% a la Universidad de Oriente, el 9.5% a la Universidad Oscar Lucero Moya de Holguín, el 14.3% a la Universidad Central Martha Abreu de las Villas, el 4.8% a la Universidad Pedagógica Enrique José Varona, el 9.5% a la Escuela Nacional de Salud Pública y el 4.8% al Hospital Psiquiátrico de Camagüey. El 76.2% son profesores titulares, el 9.5% profesores auxiliares y el 14.3% profesores consultantes. El 19.0% son investigadores titulares, el 23.8% son investigadores auxiliares, el 4.8% investigadores agregados y el 52.4% no cuenta con categoría científica.

El *nivel de concordancia global* de los expertos en relación a la estructura general del programa, obtenido a partir del cálculo del *Coeficiente de Variación* (CV), dio como resultado que los indicadores 1, 2, 3, 4, 6, 7 y 8, para la evaluación general del programa, obtuvieron valores de M (promedio) superiores a 3.33 (66.6% del valor máximo posible a alcanzar) y valores de CV entre 0 y 0.3. Estos datos, los cuales se reflejan en la **tabla 1**, indican que tales indicadores son válidos. No obstante, en el caso del indicador 8, aun cuando los datos muestran que es válido, algunos expertos recomendaron la pertinencia de utilizar términos de más fácil comprensión para los miembros de las familias, así como revisar y mejorar la concordancia gramatical en toda redacción del programa. También fue recomendado por los expertos, que se debía considerar la posibilidad de eliminar de la estructura de cada taller, el tiempo de duración estimado para su ejecución, debido a que esta información resulta innecesaria, así como trabajar en todas las sesiones las *propuestas de ideas para la integración*, que solo aparecen en algunas sesiones. Estos criterios fueron tomados en consideración y supusieron modificaciones al programa.

En el caso del indicador 5, para la evaluación general del programa, el valor de M fue inferior a 3.33 y el valor de CV superior a 0.3 (ver **tabla 1**). Ello indicó la invalidez de

este indicador y la necesidad de su modificación. En este caso, la sugerencia de los expertos fue la de cambiar el orden de algunas sesiones, específicamente pasar la sesión 4 para el lugar 5 y la sesión 5 para el lugar 4. Pues sugieren que es más adecuado trabajar primero la adolescencia y luego al adolescente con discapacidad en su núcleo familiar.

**Tabla 1. Nivel de concordancia de los expertos en relación a estructura global del Programa de Orientación Familiar**

|  | Indicadores para la evaluación general del programa |      |      |      |      |      |      |      |
|--|---|------|------|------|------|------|------|------|
|  | 1   | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    |
| <b>M</b>   | 4,52  | 4,86 | 4,76 | 4,62 | 2,86 | 4,81 | 4,57 | 4,05 |
| <b>DS</b>  | 0,6   | 0,36 | 0,44 | 0,5  | 0,11 | 0,4  | 0,51 | 0,59 |
| <b>CV</b>  | 0,13  | 0,07 | 0,09 | 0,11 | 0,39 | 0,08 | 0,11 | 0,15 |
| <b>Leyenda:</b> M = promedio. DS = Desviación estándar. CV = Coeficiente de variación. |   |      |      |      |      |      |      |      |

Los *niveles de concordancia globales* de los expertos en relación a la estructura específica de cada una de las sesiones que conforman el programa, obtenido a partir del cálculo de sus CV, dio como resultado que en las sesiones 1, 3, 4, 7, 9 y 10, todos sus indicadores obtuvieron valores de M superiores a 3.33 (66.6% del valor máximo posible a alcanzar) y valores de CV entre 0 y 0.3 (ver tabla 2). Ello indica que tales indicadores son válidos y, por tanto, no requieren modificaciones. De tal modo, ninguna de estas sesiones supuso modificación alguna.

En el caso de las sesiones 2, 5, 6 y 8, los *niveles de concordancia globales* de los expertos en relación a la estructura específica de cada una de las sesiones que conforman el programa, obtenido a partir del cálculo de sus CV, dio como resultado que en algunos de sus indicadores se obtuvieron valores de M inferiores a 3.33 y valores de CV superiores a 0.3 (ver *tabla 3*), lo cual indica la invalidez de estos indicadores y la necesidad de su modificación.

En la sesión 2, el indicador no válido fue el 7. Sobre este, los expertos sugirieron incluir otros contenidos para las propuestas de integración, acorde a los objetivos establecidos para la sesión. En la sesión 5, fueron inválidos los indicadores 2 y 7. En relación al indicador 2, los expertos sugirieron incorporar otros objetivos, pues consideran que los

contenidos a tratar trascienden los objetivos formulados. En cuanto al indicador 7, los expertos también sugirieron incluir otros contenidos para las propuestas de integración. En las sesiones 6 y 8, el indicador no válido fue el 8. Sobre este, en ambos casos, los expertos sugirieron que se debía revisar la concepción de la devolución que se presenta en el programa, e incluir algunos indicadores más objetivos o factibles de ser medidos, de modo que el resumen de la sesión se haga mucho más pertinente y constructivo, tanto para las familias como para los profesionales que aplican el programa.

**Tabla 2. Nivel de concordancia de los expertos en relación a estructura de cada sesión específica del Programa de Orientación Familiar. Sesiones con indicadores válidos**

|                  |           | Indicadores para la evaluación de cada sesión   |      |      |      |      |      |      |      |
|------------------|-----------|---|------|------|------|------|------|------|------|
|                  |           | 1   | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    |
|                  | <b>M</b>  | 4,67  | 4,81 | 4,67 | 4,71 | 4,76 | 4,62 | 4,14 | 4,67 |
| <b>Taller 1</b>  | <b>DS</b> | 0,18  | 0,4  | 0,48 | 0,46 | 0,44 | 0,5  | 0,73 | 0,48 |
|                  | <b>CV</b> | 0,1   | 0,08 | 0,1  | 0,1  | 0,09 | 0,11 | 0,18 | 0,1  |
|                  | <b>M</b>  | 4,9   | 4,57 | 4,71 | 4,62 | 4,52 | 4,48 | 4,19 | 4,67 |
| <b>Taller 3</b>  | <b>DS</b> | 0,3   | 0,51 | 0,46 | 0,5  | 0,68 | 0,51 | 0,4  | 0,48 |
|                  | <b>CV</b> | 0,06  | 0,11 | 0,1  | 0,11 | 0,15 | 0,11 | 0,1  | 0,1  |
|                  | <b>M</b>  | 4,19  | 4,71 | 4,52 | 4,57 | 4,24 | 4,57 | 4,52 | 4,38 |
| <b>Taller 4</b>  | <b>DS</b> | 0,6   | 0,46 | 0,6  | 0,51 | 0,54 | 0,51 | 0,51 | 0,5  |
|                  | <b>CV</b> | 0,14  | 0,1  | 0,12 | 0,11 | 0,13 | 0,11 | 0,11 | 0,11 |
|                  | <b>M</b>  | 4,95  | 4,52 | 4,76 | 4,48 | 4,29 | 3,9  | 4,57 | 4,76 |
| <b>Taller 7</b>  | <b>DS</b> | 0,22  | 0,51 | 0,44 | 0,51 | 0,64 | 0,7  | 0,51 | 0,44 |
|                  | <b>CV</b> | 0,04  | 0,11 | 0,09 | 0,11 | 0,15 | 0,18 | 0,11 | 0,09 |
|                  | <b>M</b>  | 4,67  | 4,76 | 4,86 | 4,71 | 4,57 | 4,81 | 4,33 | 4,48 |
| <b>Taller 9</b>  | <b>DS</b> | 0,48  | 0,44 | 0,36 | 0,46 | 0,51 | 0,4  | 0,48 | 0,51 |
|                  | <b>CV</b> | 0,1   | 0,09 | 0,07 | 0,1  | 0,11 | 0,08 | 0,11 | 0,11 |
|                  | <b>M</b>  | 4,57  | 4,67 | 4,57 | 4,76 | 4,52 | 4,76 | 4,57 | 4,62 |
| <b>Taller 10</b> | <b>DS</b> | 0,51  | 0,58 | 0,51 | 0,44 | 0,51 | 0,44 | 0,6  | 0,5  |
|                  | <b>CV</b> | 0,11  | 0,12 | 0,11 | 0,09 | 0,11 | 0,09 | 0,13 | 0,11 |
| <b>Leyenda:</b>  |           | <b>M</b> = promedio. <b>DS</b> = Desviación estándar. <b>CV</b> = Coeficiente de variación. |      |      |      |      |      |      |      |

De manera general fueron valorados por los expertos de modo adecuado, el número de sesiones para el cumplimiento de los objetivos que se plantearon tanto para las sesiones como el objetivo general. De igual manera se valora de forma positiva los temas seleccionados y la distribución lógica de los módulos. Una vez obtenida y procesada toda esta información, se les devolvió a los expertos que participaron en la validación teórica, la nueva versión del programa.

**Tabla 3. Nivel de concordancia de los expertos en relación a estructura de cada sesión específica del Programa de orientación familiar. Sesiones con indicadores no válidos**

|                 |           | Indicadores para la evaluación de cada sesión   |      |      |      |      |      |      |      |
|-----------------|-----------|---|------|------|------|------|------|------|------|
|                 |           | 1   | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    | 8    |
|                 | <b>M</b>  | 4,71  | 4,76 | 4,38 | 4,86 | 4,81 | 4,67 | 2,81 | 4,33 |
| <b>Taller 2</b> | <b>DS</b> | 0,46  | 0,54 | 0,8  | 0,36 | 0,4  | 0,58 | 0,93 | 0,48 |
|                 | <b>CV</b> | 0,1   | 0,11 | 0,18 | 0,07 | 0,08 | 0,12 | 0,33 | 0,11 |
|                 | <b>M</b>  | 4,62  | 2,95 | 4,95 | 4,62 | 4,62 | 4,76 | 2,81 | 4,38 |
| <b>Taller 5</b> | <b>DS</b> | 0,5   | 1,02 | 0,22 | 0,5  | 0,59 | 0,44 | 1,17 | 0,5  |
|                 | <b>CV</b> | 0,11  | 0,35 | 0,04 | 0,11 | 0,13 | 0,09 | 0,42 | 0,11 |
|                 | <b>M</b>  | 4,48  | 4,57 | 4,67 | 4,48 | 4,57 | 4,67 | 4,33 | 2,52 |
| <b>Taller 6</b> | <b>DS</b> | 0,51  | 0,51 | 0,48 | 0,51 | 0,6  | 0,48 | 0,48 | 0,93 |
|                 | <b>CV</b> | 0,11  | 0,11 | 0,1  | 0,11 | 0,13 | 0,1  | 0,11 | 0,37 |
|                 | <b>M</b>  | 4,48  | 4,76 | 4,81 | 4,71 | 4,86 | 4,14 | 4,48 | 2,76 |
| <b>Taller 8</b> | <b>DS</b> | 0,51  | 0,44 | 0,4  | 0,46 | 0,36 | 0,48 | 0,51 | 0,94 |
|                 | <b>CV</b> | 0,11  | 0,09 | 0,08 | 0,1  | 0,07 | 0,12 | 0,11 | 0,34 |
| <b>Leyenda:</b> |           | <b>M</b> = promedio. <b>DS</b> = Desviación estándar. <b>CV</b> = Coeficiente de variación. |      |      |      |      |      |      |      |

Para la evaluación de la estructura del Programa de Orientación Familiar se tuvieron en cuenta criterios cuantitativos y cualitativos. En el primer caso se utilizó el nivel de concordancia global de los expertos, obtenido a partir del cálculo de su CV para la evaluación general y el análisis específico de las sesiones. Los casos cuyos indicadores obtuvieron valores de M superiores a 3.33 (66.6% del valor máximo posible a alcanzar) y valores de CV entre 0 y 0.3, fueron interpretados como válidos por lo que no se

sugirieron modificaciones. En los casos que el valor de M fue inferior a 3.33 y el valor de CV superior a 0.3 se indica la invalidez de este indicador y la necesidad de su modificación. Independientemente que se tomaron en consideración los valores numéricos abordados con anterioridad para la validación teórica del programa, se tuvo en cuenta la valoración cualitativa del proceso, pues a pesar de interpretarse como válido algunos indicadores, se realizaron cambios a partir de las sugerencias realizadas por los expertos.

El proceder de validación teórica de los programas de orientación familiar en comparación con otros consultados, no es realizado de la misma manera en todas las investigaciones. Tal es el caso de Díaz (2014), quien propone un programa de orientación a familia con necesidades educativas especiales por padres con retraso mental leve. Este autor realiza la validación teórica solo teniendo en cuenta criterios cualitativos de valoración de la pertinencia de su propuesta, siendo estos la experimentación sobre el terreno, el taller de socialización y el estudio de casos. A su vez Manjarrés, León, Martínez, & Gaitán (2013), valoró la suficiencia de la propuesta de un programa psicoeducativo dirigido al afrontamiento activo a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad, solamente a partir del análisis cuantitativo de los criterios de expertos. En el caso de la propuesta para la evaluación de la estructura de los programas que realizan, García (2001), con su programa de orientación familia para la educación de la sexualidad, y Duany (2008), en su propuesta de programa de orientación familiar dirigido a potenciar la preparación de la familia con hijos con diagnóstico de retraso mental, ambas autoras tienen en cuenta en el proceso de validación los criterios cuantitativos y cualitativos para la evaluación de la estructura de los programas.

Los resultados obtenidos y las valoraciones realizadas por los expertos, permitieron constatar un alto nivel de significatividad de la concordancia de los expertos respecto a la pertinencia del Programa de orientación familiar. Se evidenció que el Programa de Orientación Familiar para el desarrollo de la Autodeterminación es válido, con independencia de que puede ser perfeccionado.

**Conflictos de intereses**

No existen conflictos de intereses entre las autoras o con otros sobre el artículo.

**Contribución de autoría****Yanetsy Rodríguez Abreu:**

- Concibió el estudio que se reporta.
- Ejecutó la selección de la población participante y de los instrumentos de recogida de datos.
- Ejecutó el análisis estadístico de datos.
- Escribió los acápites: Introducción, Metodología y Resultados.

**Ailen Velázquez Labrada:**

- Participó en la concepción del estudio.
- Participó en el análisis estadístico de los datos.
- Escribió los acápites: Discusión.

**Larissa Beatriz Turtós Carbonell:**

- Participó en el análisis estadístico de los datos.
- Participó en la escritura de los resultados.
- Escribió el resumen y el abstract.

**María Trinidad Cañamero Dinza:**

- Participó en la escritura de la Discusión.
- Acotó la bibliografía.
- Revisó la primera versión del manuscrito para su corrección.

**Referencias bibliográficas**

1. Abery, B., & Stancliffe, R. (2003). A tripartite ecological theory of self-determination. En M. Wehmeyer, B. Abery, D. Mithaug y R. Stancliffe (Eds.), *Theory in self-determination. Foundations for educational practice* (pp. 43-78). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

2. Alemán, E. (2015). *El impacto de la discapacidad en la familia* (Tesis de Grado Inédita). Universidad de la Laguna, Canarias, España.
3. Arés, P. (2018). *Individuo, familia, sociedad: El desafío de ser feliz*. La Habana, Cuba: Editorial Caminos.
4. Arenas, S. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes* (Tesis de Maestría Inédita). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
5. Arellano, P., & Peralta, F. (2013). Calidad de vida y autodeterminación en personas con discapacidad. *Revista Iberoamericana de educación*, 63,145-160.
6. Arellano, P. (2015). Autodeterminación y discapacidad: un estudio piloto con padres de la asociación integra de Puebla (México). *Revista Digital de Artes y Humanidades*, 1.
7. Ariza, G., Zuliani, L., & Bastidas, M. (2018). Encuentro del padre con su hijo con síndrome de Down: sufrimiento y empatía. *Pensamiento Psicológico*, 16(2), 111-121.
8. Barbosa, S. (2012). Formatos familiares contemporâneos: transformações demográficas. *Revista Eletrônica de Geografia*, 4(12), 02-26.
9. Bayarre, H. (2004). *Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos* (Tesis Doctoral). Escuela Nacional de Salud Pública, Ciudad de La Habana, Cuba.
10. Castro, P. (2006). *El maestro y la familia del niño con discapacidad*. La Habana, Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
11. Contreras, V. (2013). *Familia y Discapacidad Intelectual: Guía de apoyo para la mejora de la Competencia Parental* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
12. Córdoba, L., Gómez, J., & Verdugo, M.A. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. *Universitas Psychologica*, 7(2), 369-383.

13. Dempsey, I., y Keen, D. (2008). A review of processes and outcomes in family-centered services for children with a disability. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(1), 42-52.
14. Díaz, M., & Mejía, C. (2015). Estrategias parentales y discapacidad auditiva: su relación con la asunción de la maternidad. *Quaderns de Psicologia*, 17(2), 63-73.
15. Díaz, P. (2014). *Programa de orientación a familia con necesidades educativas especiales por padres con retraso mental leve* (Tesis Doctoral). Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín, Cuba.
16. Duany, M. (2008). *Modelo Educativo para la Orientación Familiar contextualizada a padres de escolares con Retraso Mental* (Tesis Doctoral). Instituto Central de Ciencias Pedagógicas, Ciudad de La Habana, Cuba.
17. Dunst, C., & Trivette, C. (2009). Capacity-building family systems intervention practices. *Journal of Family Social Work*, 12(2), 119-143.
18. Ferrer, A. (2017). La atención a los alumnos con limitaciones físico-motoras. En: M. Orozco (Ed.), *Sobre el perfeccionamiento de la Educación Especial*, (pp. 215-230), La Habana, Cuba: Editorial Pueblo y Educación.
19. Field, S., & Hoffman, A. (1994). Development of a model for self-determination. *Career Development for Exceptional Individuals*, 17(2), 159-169.
20. García, A. (2001). *Programa de orientación familiar para la educación de la sexualidad de adolescentes* (Tesis Doctoral). Instituto Superior Pedagógico José de la Luz y Caballero, Holguín, Cuba.
21. González, I., & Herrera, P. (2013). *Mi familia está en crisis ¿Qué hacer para superarla?* Santo Domingo, República Dominicana: Editora Búho.
22. Herrera, P. (2010). *Impacto de los acontecimientos significativos de la vida familiar en la salud de la familia* (Tesis Doctoral). Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.
23. Herrera, P., & González, I. (2017). *Crisis familiar. Metodología de evaluación e intervención*. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica.



24. Manjarrés, D. (2012). Apoyo y fortalecimiento a familias para la crianza de niños y niñas con discapacidad. *Horizontes Pedagógicos*, 14(1), 97-118.
25. Manjarrés, D., & Hederich, C. (2018). Estilos parentales en la discapacidad: examen de la evidencia empírica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(3), 187-200.
26. Marcilla, V. (2012). Revisión teórica del concepto de autodeterminación en personas con discapacidad. *Revista Arista Digital*, 16, 113-118.
27. Oliva-Gómez, E., & Villa-Guardiola, V.J. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
28. Padilla, G., & Lucas, A. (2009). Familias con hijos discapacitados: investigación bibliográfica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 101-108.
29. Pascual, D., Garrido, M., & Antequerra, R. (2014). Autodeterminación y calidad de vida: un programa para la mejora de personas adultas con discapacidad intelectual. *Revista Psicología Educativa*, 20, 33-38.
30. Peralta, L., & Arellano, T. (2010). Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(22), 1339-1362.
31. Pereira, F. (2015). *Rol de la familia en el desarrollo de la autonomía de las personas con discapacidad intelectual*. (Trabajo final de grado). Universidad de la República. Uruguay.
32. Pierson, M., Carter, E., Lane, K., & Glaeser, B. (2008). Factors influences the self- determination of transition-age youth with incidence disabilities. *Career Development for Exceptional Individual*, 31, 115-125.
33. Ryan, R., & Deci, E. (2013). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

34. Roca, P. (2006). *Psicología clínica. Una visión general*. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela.
35. Rodríguez, M., & Guerrero, C. (2012). La familia como promotora de la independencia en niños y niñas con discapacidad motora. *Revista Electrónica Educare*, 16(1), 99-111.
36. Roque, M., & Aclé, G. (2013). Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado. *Universitas Psychologica*, 12(3), 811-820.
37. Samayoa, M. (2017). Influencia de los estilos de comunicación en el desarrollo de la autodeterminación. (Tesis de grado). Facultad de Educación, Universidad de Navarra.
38. Soler-Nariño, O., & Mendoza-Vázquez, M. (2011). Discapacidad física y Prevención Social: más allá de un problema de salud. *Revista Santiago*, 126(3), 196-212.
39. Soler-Nariño, O., & Bring-Pérez, Y. (2015). El papel de la evaluación en los enfoques teóricos sobre política social: el caso de la discapacidad. *Revista Santiago*, 137(2), 524-548.
40. Soto, M., Valdés, L., Morales, D. & Bernal, N. (2015). Niveles de resiliencia, adaptación y duelo en padres de familia ante la discapacidad. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 27(2), 40-43.
41. Verdugo, M. (2011). Dignidad, igualdad, libertad, autodeterminación y calidad de vida. *Siglo Cero*, 42(4), 18-23.
42. Verdugo, M., Vicent, C., & Gómez, L. (2009). Un instrumento para medir la autodeterminación en adultos con discapacidad. En: Verdugo, M. (ed), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad* (Pp. 449-465). Salamanca, España: Amarú.
43. Vicente, E. (2013). Evaluación de la autodeterminación en adolescentes con discapacidad intelectual. (Tesis Doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca, España.

44. Wehmeyer, M. & Garner, N. (2003). The impact of personal characteristics of people with intellectual and developmental disability on self-determination and autonomous functioning. *Journal of applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 255-265.
45. Wehmeyer, M. (1996). A self-report measure of the self-determination of adolescents with cognitive disabilities. *Education and Training in Mental Retardation*, 31, 282-293.
46. Wehmeyer, M., & Field, S. (2007). *Self-Determination: Instructional and assessment strategies*. Thousand Oaks: Corwin Press.
47. Wehmeyer, M. (2011). Personal self-determination and moderating variables that impact efforts to promote self-determination. *Exceptionality: A Special Education Journal*, 19(1), 19-30.
48. Zulueta, A., & Peralta, F. (2008). Percepciones de los padres acerca de la conducta autodeterminada de sus hijos/as con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 39(1), 31-43.