



Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

**ANÁLISIS DEL SIGNIFICADO Y VALIDACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
ENFERMERO “RIESGO DE DETERIORO PARENTAL” DESDE EL ENFOQUE
DE LA PARENTALIDAD POSITIVA**

Tesis Doctoral presentada por

MARÍA MONTSERRAT GARCÍA SASTRE

Directora:

DRA. CRISTINA FRANCISCO DEL REY

Co-Directora:

DRA. RAQUEL GRAGERA MARTÍNEZ

Alcalá de Henares, 2021





Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

ANÁLISIS DEL SIGNIFICADO Y VALIDACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
ENFERMERO RIESGO DE DETERIORO PARENTAL DESDE EL ENFOQUE
DE LA PARENTALIDAD POSITIVA

Tesis Doctoral presentada por

MARÍA MONTSERRAT GARCÍA SASTRE

Directora:

DRA. CRISTINA FRANCISCO DEL REY

Co-Directora:

DRA. RAQUEL GRAGERA MARTÍNEZ

Alcalá de Henares, 2021

AGRADECIMIENTOS

A punto de finalizar uno de los proyectos más intensos de mi trayectoria académica, es momento de hacer reflexiones y dejar constancia de lo más íntimo y personal, de las emociones, y de uno de los valores más imprescindibles en el ser humano, el agradecimiento...

La vida es un viaje de encuentros y de aprendizajes en escenarios muy diferentes y con melodías más o menos agradables... Si algo he aprendido en todo este tiempo, es que debiera dejar atrás mi tendencia a escribir de manera retórica y prolija y ser más pragmática... Con este propósito me gustaría escribir mis agradecimientos de manera sencilla, aunque no creo que lo sepa cumplir...

GRACIAS

A mis abuelas, Clemencia y Clara, por regalarme la vida a partir de dar la vida a mis padres... dos mujeres con carácter y suficiente coraje para afrontar el devenir de vidas complejas, pero no por ello menos gratificantes. Mis abuelos, no en el olvido, las acompañaron, cada cual según les permitió su destino.

A mis padres y hermana, Ángel, Fermina y Ana Rosa, por darme una familia a la que pertenecer y desde la que crecer y sentir, por cuidarme durante años y aunque no libres de dificultades, con capacidad para fortalecer en mí valores importantes y estar disponibles siempre de manera incondicional. Suerte tengo de teneros cerca y por muchos años que así sea.

A Floren por aparecer en mi vida para acompañarme con amor, en alegrías y en tristeza compartiendo aciertos y fracasos. Gracias por regalarme dos soles, Alejandro y Carlota, brillan y brillarán como estrellas. Gracias por nuestra familia.

Alejandro y Carlota, espero tener vida suficiente para acompañaros y disfrutar de vuestra ternura y simpatía, ayudaros en lo que necesitéis, fundamentalmente a ver la vida con ilusión y cumplir sueños y proyectos. Siento haberos restado tiempo, intentaré recompensaros. Sabed que os querré eternamente. Gorka, mi sobrino precioso, y mi cuñado Jorge, completáis y dais todavía más sentido a mi familia.

A mis amigas y amigos, aquellos que fueron, quienes son y los que serán, ni muchos ni pocos, los suficientes como para sentirme querida y apoyada en la cercanía, en la distancia y con el transcurrir de los años... hay un trocito de cada una de estas personas mágicas en mí, como en el grupo de *Amigos para Siempre*. Gracias por apoyarme tanto y en todo este proceso Cristina Cánovas, Carmen Baldominos y por supuesto, no puede faltar mi querida Nuria García, vosotras y vuestras familias, habéis estado y estáis minuto a minuto.

A mis profesores y profesoras del Colegio Público Daoíz y Velarde, la Señorita Julita, la Profesora Mari Carmen Martínez, D. Francisco Garijo, entre otros. D^a Concha Albertos y su equipo del IES Arquitecto Pedro Gumiel... cuántos valores en todo este camino a propósito de raíces cuadradas, poesía, Kant, mitocondrias y el test de Kooper... Esfuerzo y constancia.

A mis compañeras y compañeros de disciplina y de otras profesiones afines con las que he compartido aprendizajes y he crecido profesionalmente. Compañeros de promoción en la Universidad de Alcalá, los diferentes equipos donde he trabajado del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, del Hospital Santa María de Lleida, de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental, entre otros.

Un bagaje de experiencias más o menos complejas, intensas, algunas dolorosas y todas enriquecedoras. Pilar Soldevilla, Julián Carretero, Elena Redondo, Nieves Masegosa, Elena Juste, Daniel Cuesta, Rocío Gordo, Francisco Javier Castro-Molina, Patricia González, un aprecio especial sabed que os tengo.

A mis profesores de Universidad, grandes maestros de disciplina... Entre ellos destacar al Doctor Ángel Asenjo y al Doctor Francisco Megías, con su visión han determinado mi destino... Me confiaron la oportunidad de realizar mis últimas prácticas como estudiante en la Unidad de Salud Mental e imprimieron todo el compromiso y la actitud necesaria para cuidar, como solo las enfermeras cuidan, acompañando a las personas, siguiendo su ritmo y camino... Afortunadamente forman parte de mi presente y sigo disfrutando de sus saberes, pero sobre todo de su compañía y sus consejos.

Al resto de mis profesores les debo todas y cada una de las enseñanzas... ninguna me fue indiferente. Muchos de ellos, por el destino, la casualidad, la suerte... actualmente

compañeros de trabajo. Gracias por estar ahí, hoy y desde siempre. Profesores y compañeros del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá, un impulso importante de este logro es vuestro. Algunas compañeras y compañeros habéis participado como expertas en la realización del estudio activamente.

Dar las gracias a las personas que han propiciado la ocasión de iniciar y culminar mis estudios de Doctorado, en especial la llamada del Doctor Jorge Luis Gómez. El apoyo y seguimiento constante del Dr. Crispín Gigante, el Dr. Rubén Mirón, la Dra. Raquel Luengo y el Doctor Alfonso Muriel.

La disponibilidad absoluta y siempre amable de la que inicialmente fue mi Directora de tesis y a la cual sigo reconociendo el mérito, la Doctora Francisca Casas.

El acompañamiento, orientación y guía constante como Maestra de los Fundamentos de Enfermería, mi Profesora, la actual Directora de esta tesis, la Doctora Cristina Francisco del Rey, su saber impregna esta tesis de principio a fin.

Agradecimiento infinito también a mi codirectora, la Dra. Raquel Gragera, su apoyo emocional siempre incondicional en lo cotidiano y la revisión meticulosa de las normas de estilo y edición han posibilitado ver este sueño realidad.

Cristina, Raquel y Francisca, agradecida quedo para siempre. Miscelánea de saberes perfecta para esta tesis: infancia, ciencia del cuidado, modelo y método.

Y finalmente, gracias a quienes cada día han hecho que mi motivación por superarme tenga sentido, esas personas a las que he cuidado y de las que he aprendido a cuidar... y a las que me deberé siempre con responsabilidad como enfermera y por vocación de servicio. Gracias a todas las personas a las que actualmente dedico mi esfuerzo, tal y como explica el Doctor Asenjo, las enfermeras del tercer milenio.

Esta tesis de la Universidad de Alcalá es un regalo para vosotros y para aquellas personas que, aunque no sean nombradas, han sido y son parte de mi vida.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	1
ÍNDICE GENERAL	5
ÍNDICE DE FIGURAS	7
ÍNDICE DE TABLAS	8
RESUMEN.....	10
ABSTRACT	13
SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	17
INTRODUCCIÓN	19
JUSTIFICACIÓN	26
OBJETIVOS.....	28
Objetivo general.....	28
Objetivos específicos	28
MARCO TEÓRICO.....	29
Perspectiva contemporánea del concepto salud: Salud Positiva	30
Consideraciones sobre la Familia	39
Promoción del Bienestar y la Salud en las primeras etapas de la vida	71
Hacia una Parentalidad Positiva	94
La disciplina enfermera en la actualidad.....	131
El diagnóstico enfermero “Riesgo de deterioro parental”	154
MARCO METODOLÓGICO	160
Proceso de la investigación	161
Fase I. Análisis del conocimiento, actitudes y utilización del diagnóstico	162
Fase II. Validación conceptual del diagnóstico	167
Fase III. Validación de contenido por el grupo de expertos.....	171
CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	187
RESULTADOS	189

Análisis del conocimiento, actitudes y utilización del diagnóstico	190
Validación conceptual del diagnóstico	200
Validación de contenido diagnóstico	252
Fortalezas y Debilidades del Diagnóstico Riesgo de Deterioro Parental.....	293
DISCUSIÓN.....	296
Sobre el conocimiento, la actitud y el uso del diagnóstico	297
Consideraciones respecto a la validación conceptual del diagnóstico.....	301
Respecto al estudio de validación de contenido del diagnóstico.....	308
RELEVANCIA DEL ESTUDIO	325
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	327
LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	329
CONCLUSIONES	330
BIBLIOGRAFÍA	332
Anexo 1. Revisión literatura científica: indicadores bibliométricos.....	362

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. La Salud en el Río de la Vida.	33
Figura 2. Diferencias Modelo Tradicional y Modelo Salutogénico.	35
Figura 3. La Promoción de la Salud como centro de los ODS.	35
Figura 4. Determinantes Sociales de la Salud.	38
Figura 5. Subsistemas de la familia.	49
Figura 6. Etapas del ciclo vital familiar.	50
Figura 7. Evolución de los tipos de hogar más frecuentes.	54
Figura 8. Indicadores demográficos 2019.	55
Figura 9. Pirámides de Población de España: ayer, hoy y mañana.	88
Figura 10. Tasa abandono escolar temprano.	89
Figura 11. Gasto en protección social en la infancia en relación con el PIB.	92
Figura 12. Dimensiones de la interacción parental: estrella de la base segura.	111
Figura 13. Intervenciones sobre estilos de vida en Atención Primaria.	126
Figura 14. Formulación diagnóstica según formato PES.	145
Figura 15. Etiquetas NANDA relacionadas con la parentalidad.	155
Figura 16. Diagnósticos relacionados con la parentalidad.	156
Figura 17. Distribución de la edad de las enfermeras participantes en el estudio.	191
Figura 18. Especialización enfermera relacionada o no con la parentalidad.	191
Figura 19. Proceso de búsqueda y gestión de la información.	204
Figura 20. Elementos de la validación conceptual e interrelación.	206
Figura 21. Esquema de análisis conceptual del fenómeno de la parentalidad.	206
Figura 22. Relación taxonomías diagnósticas de la NANDA revisadas para el estudio.	208
Figura 23. Categorización factores de riesgo taxonomía 2015-2017.	210
Figura 24. Factores de riesgo relacionados con la capacidad, el conocimiento y voluntad.	218
Figura 25. Escala posicionamiento ante diagnóstico enfermero (EPADE-7).	256
Figura 26. Comparación de los resultados de la EPADE-7 entre muestras.	266
Figura 27. Resultados desglosados por categorías de la EPADE-7.	267
Figura 28. Clasificación factores de riesgo taxonomías 2015-2017 y 2018-2020.	276

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Habilidades para el ejercicio de la parentalidad.....	113
Tabla 2. Factores de protección y riesgo.....	117
Tabla 3. Hitos históricos significativos sobre el diagnóstico enfermero.....	150
Tabla 4. Diagnósticos enfermeros dominio 7 Rol/Relaciones.....	153
Tabla 5. Significado diagnósticos enfermeros relacionados con la Parentalidad.....	156
Tabla 6. Modelo diagnóstico de las taxonomías NANDA-I 2015-2017 y 2018-2020.....	158
Tabla 7. Principales variables a estudio.....	164
Tabla 8. Criterios de selección expertas según Ferhing.....	182
Tabla 9. Datos sociodemográficos y formación académica.....	192
Tabla 10. Datos profesionales y laborales enfermeras participantes.....	192
Tabla 11. Grado identificación y conocimientos asociados al diagnóstico.....	193
Tabla 12. Análisis de la relevancia y pertinencia del diagnóstico para la práctica enfermera... 193	
Tabla 13. Nivel de consideración y uso del diagnóstico enfermero.....	194
Tabla 14. Resultados estadísticos relativos a la identificación de la etiqueta diagnóstica.....	195
Tabla 15. Resultados estadísticos asociados a la relevancia atribuida al diagnóstico.....	195
Tabla 16. Resultados estadísticos utilización del diagnóstico y riesgo de infra diagnóstico.....	195
Tabla 17. Discursos más representativos sobre la relevancia del diagnóstico.....	196
Tabla 18. Discursos más representativos sobre la adecuación y la pertinencia de la etiqueta... 197	
Tabla 19. Discursos más representativos sobre competencia profesional percibida.....	198
Tabla 20. Resultados estadísticos relacionados con los posibles motivos infra diagnóstico.....	199
Tabla 21. Recursos de información y datos bibliométricos.....	204
Tabla 22. Evolución histórica y modificaciones sobre la etiqueta diagnóstica.....	210
Tabla 23. Factores de riesgo codificados según taxonomías.....	211
Tabla 24. Evolución y cambios en las taxonomías NANDA-I.....	212
Tabla 25. Modelos diagnósticos taxonomías 2015-2017 y 2018-2020.....	216
Tabla 26. Análisis de los factores de riesgo del diagnóstico desde el modelo de Orem.....	219
Tabla 27. Clasificación factores de riesgo según frecuencia de aparición (Luis, 2012).....	222
Tabla 28. Interrelaciones Riesgo de deterioro parental con taxonomías NOC y NIC.....	224
Tabla 29 Caso prototipo: madre y padre con factores de riesgo.....	249
Tabla 30 Caso adicional: madre que demuestra competencia parental reflexiva.....	249
Tabla 31. Enfermeras participantes en el panel de expertas de la técnica Delphi.....	253
Tabla 32. Datos sociodemográficos, formación académica y ámbito profesional.....	254
Tabla 33. Competencias profesionales relacionadas con metodología enfermera.....	255
Tabla 34. Resultados EPADE-7.....	255
Tabla 35. Estrategias sugeridas respecto a formación, investigación, asistencia y gestión.....	257

Tabla 36. Acreditación criterios de expertía establecidos por Ferhing (n=62).	263
Tabla 37. Puntuaciones obtenidas por el grupo de enfermeras expertas.	264
Tabla 38. Criterios de expertía acreditados por el grupo de expertas.	265
Tabla 39. Datos de caracterización de ambos grupos.	265
Tabla 40. Diferencias respecto a la acreditación entre ambos grupos (n=62).	266
Tabla 41. Aportaciones enfermeras respecto al grado de diagnosticidad.....	268
Tabla 42. Aportaciones enfermeras sobre la etiqueta.	269
Tabla 43. Aportaciones enfermeras respecto a la definición del diagnóstico.	271
Tabla 44. Aportaciones enfermeras respecto a las figuras parentales/cuidador principal.	272
Tabla 45. Aportaciones enfermeras sobre posible rechazo por parte figuras parentales.....	274
Tabla 46. Aportaciones enfermeras sobre categorías propuestas a la taxonomía 2015-2017....	276
Tabla 47. Aportaciones enfermeras sobre categorías establecidas en taxonomía 2018-2020. ..	277
Tabla 48. Modelo diagnóstico y coeficiente ponderado de los factores de riesgo.	279
Tabla 49. Factores de riesgo críticos y a descartar según Ferhing.	283
Tabla 50. Factores de riesgo mayores, menores y a descartar según Sparks y Lien-Gieschen.	284
Tabla 51. Nivel de significación de los factores de riesgo del diagnóstico.	287
Tabla 52. Índice de validación de contenido diagnóstico (VCD).	288
Tabla 53. Categorización de los factores propuestos a validación según modelo de Ferhing. ..	289
Tabla 54. Aportaciones enfermeras respecto al fenómeno de estudio.	290
Tabla 55. Aportaciones enfermeras respecto a los factores de riesgo.	291
Tabla 56. Revisión bibliográfica: indicadores bibliométricos.	362

RESUMEN

Introducción

Desde siempre, en las distintas civilizaciones y desde diferentes corrientes de pensamiento, se ha valorado la importancia del bienestar de la Humanidad y el Desarrollo. En la etapa actual, los Objetivos de Desarrollo Sostenible han adquirido especial protagonismo puesto que sirven para operativizar estos propósitos.

En este marco, la promoción de la salud se considera una prioridad internacional en aras de mejorar la calidad de vida de las personas, la sostenibilidad, la conservación del planeta y la prosperidad global.

De manera específica la salud y el desarrollo de niños/niñas y adolescentes adquiere aún mayor representatividad tanto por su propio bienestar y felicidad como por su condición de mayor vulnerabilidad. La buena salud, y las oportunidades de aprendizaje de autocuidados e interiorización de estilos de vida saludable en las primeras etapas de la vida, representa la base sobre la cual se asienta y se condiciona la salud del futuro.

La salud depende de diversos factores condicionantes, reconocidos como los Determinantes Sociales de la Salud, entre los cuales se encuentra la familia por su especial significación. La familia, como primer contexto de referencia para las personas, ofrece un entorno en el que se proporcionan cuidados y se aprenden autocuidados, se establecen lazos de apoyo mutuo, se promueve la salud o por el contrario concurren factores de riesgo que pueden precipitar la aparición de procesos nocivos. Dentro de las funciones más importantes de la familia se encuentra la crianza y el cuidado de los hijos, es decir, el ejercicio de la parentalidad.

Las enfermeras, agentes clave como promotoras de salud, reconocen la importancia de fomentar la Salud Familiar y la Parentalidad Positiva. Para el ejercicio de la profesión, los modelos de cuidados y los lenguajes enfermeros estandarizados son herramientas fundamentales para garantizar cuidados de calidad. Incrementar la investigación básica en diagnósticos enfermeros es considerada críticamente necesaria. De manera específica, la validación de los diagnósticos NANDA-I relacionados con la parentalidad representa

un nicho de investigación enfermera de especial relevancia por su repercusión en el desarrollo y bienestar de la infancia y la familia. En la actualidad, no existen estudios de validación del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental*, clave para el fomento de la parentalidad, la promoción de la salud y la prevención de situaciones de riesgo que condicionen la salud de niños/as y adolescentes.

Objetivos del estudio

El estudio analiza el significado del diagnóstico NANDA *Riesgo de deterioro parental* desde el enfoque de la Parentalidad Positiva y la Salud Familiar en el contexto español a partir de conocer el nivel de conocimientos, valoración y utilización del diagnóstico en el ejercicio profesional de las enfermeras y realizar la validación conceptual y de contenido del diagnóstico.

Método

La investigación se desarrolló en tres fases combinando diferentes técnicas: se realizó un estudio descriptivo transversal utilizando un cuestionario para la recogida de datos, un estudio de validación conceptual siguiendo el modelo de Walker y Avant y para el estudio de validación de contenido el modelo de Ferhing a partir del consenso de expertos mediante técnica Delphi.

Resultados

La etiqueta NANDA-I *Riesgo de deterioro parental* es reconocida pero escasamente considerada. Según se confirma, las enfermeras han recibido nula o escasa formación previa sobre el diagnóstico. Según los hallazgos obtenidos, el riesgo de infra diagnóstico es elevado.

En relación a la validación conceptual del diagnóstico, el estudio aporta suficiente evidencia empírica que permite describir el concepto y el fenómeno a estudio. Respecto a la validación de contenido, el *índice de validez de diagnóstico* obtenido confirma su validez, aunque con limitaciones susceptibles de análisis e investigación. Este resultado podría ser de utilidad para posibilitar la continuidad del diagnóstico en el marco de la taxonomía NANDA-I al haberse alcanzado un nivel de evidencia 2.3.

Dentro de los resultados se observa que el consenso alcanzado es moderado, existiendo un amplio número de factores de riesgo a descartar y depurar. Se considera necesario fortalecer la investigación en el diagnóstico para fortalecer el proceso de validación de contenido del diagnóstico mediante técnicas cualitativas y la validación clínica del mismo.

Conclusiones

Las enfermeras tienen a su disposición, en el marco de los lenguajes enfermeros estandarizados, diagnósticos específicos relacionados con la Salud Familiar y el ejercicio de la Parentalidad. El estudio demuestra que en el contexto español las enfermeras están motivadas y suficientemente cualificadas a partir de los criterios de expertía sugeridos por Ferhing para desarrollar la validación de estos diagnósticos y de otras etiquetas de la taxonomía.

A pesar de que el estudio pone de manifiesto la preocupación, el interés y el compromiso de las enfermeras por el fenómeno de la parentalidad y el bienestar infanto-juvenil, se identifica escasa formación y consideración del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental*, lo que puede implicar un menor número de intervenciones enfermeras en pro de la Parentalidad Positiva, la Salud Familiar y el fomento de la salud y el desarrollo de niños y niñas.

La investigación destaca que las enfermeras identifican la necesidad de implementar una estrategia que visibilice y mejore los conocimientos asociados a la Parentalidad Positiva y el diagnóstico, además de sensibilizar sobre su uso en los distintos ámbitos del ejercicio disciplinar.

Se reconoce la necesidad de incrementar la evidencia asociada al diagnóstico. Además, se abren otras líneas de investigación hacia otros diagnósticos NANDA-I relacionados con la parentalidad, la propia metodología de investigación en validación de diagnósticos, así como, en relación al fenómeno de la parentalidad y su repercusión en la salud *per se* desde la óptica y la contribución enfermera.

Palabras clave: Cuidado, Diagnóstico enfermero, Enfermería, NANDA, Parentalidad, Parentalidad Positiva, Rol parental, Salud Familiar, Salud Positiva.

ABSTRACT

Introduction

The importance of the well-being of Humanity and Development has always been valued in different civilizations and from different schools of thought. In the current stage, the Sustainable Development Goals have acquired special prominence since they serve to operationalize these purposes.

Within this framework, the promotion of health is considered an international priority in order to improve the quality of life of people, sustainability, conservation of the planet and global prosperity.

Specifically, the health and development of children and adolescents is even more important for their own well-being and happiness, as well as for their greater vulnerability. Good health, and the opportunities to learn self-care and internalize healthy lifestyles in the early stages of life, represent the foundation on which the health of the future is based and conditioned.

Health depends on various conditioning factors, recognized as the Social Determinants of Health, among which is the family due to its special significance. The family, as the first context of reference for individuals, offers an environment in which care is provided and self-care is learned, mutual support ties are established, health is promoted or, on the contrary, risk factors concur which can precipitate the appearance of harmful processes. Among the most important functions of the family is the upbringing and care of children, that is, the exercise of parenthood.

Nurses, key agents as health promoters, recognize the importance of promoting Family Health and Positive Parenting. For the practice of the profession, models of care and standardized nursing languages are fundamental tools to ensure quality care. Increasing basic research in nursing diagnostics is considered critically necessary. Specifically, the validation of NANDA-I diagnoses related to parenting represents a niche of nursing research of special relevance due to its impact on child and family development and well-being. At present, there are no validation studies of the diagnosis Risk of parental

deterioration, which is key for the promotion of parenting, health promotion and prevention of risk situations that condition the health of children and adolescents.

Objectives of the study

The study analyzes the meaning of the NANDA diagnosis Risk of parental deterioration from the approach of Positive Parenting and Family Health in the Spanish context by determining the level of knowledge, assessment and use of the diagnosis in the professional practice of nurses and by performing the conceptual and content validation of the diagnosis.

Method

The research was carried out in three phases combining different techniques: a cross-sectional descriptive study using a questionnaire for data collection, a conceptual validation study following the Walker and Avant model, and for the content validation study the Ferhing model based on expert consensus using the Delphi technique.

Results

The NANDA-I Risk of Parental Impairment label is recognized but poorly considered. Nurses are confirmed to have received little or no prior training on the diagnosis. According to the findings obtained, the risk of underdiagnosis is high.

Regarding the conceptual validation of the diagnosis, the study provides sufficient empirical evidence to describe the concept and the phenomenon under study. Regarding the content validation, the diagnostic validity index obtained confirms its validity, although with limitations that could be analyzed and investigated. This result could be useful to enable the continuity of the diagnosis within the framework of the NANDA-I taxonomy, since a level of evidence 2.3 has been reached.

The results show that the consensus reached is moderate, with a large number of risk factors to be ruled out and purified. It is considered necessary to strengthen research on the diagnosis in order to strengthen the process of validation of the diagnosis content through qualitative techniques and its clinical validation.

Conclusions

Nurses have at their disposal, within the framework of standardized nursing languages, specific diagnoses related to Family Health and Parenting. The study shows that in the Spanish context nurses are motivated and sufficiently qualified on the basis of the expert criteria suggested by Ferhing to develop the validation of these diagnoses and other labels of the taxonomy.

Although the study shows the concern, interest and commitment of nurses to the phenomenon of parenting and child and adolescent well-being, little training and consideration of the diagnosis Risk of parental deterioration is identified, which may imply a lower number of nursing interventions in favor of Positive Parenting, Family Health and the promotion of children's health and development.

The research highlights that nurses identify the need to implement a strategy that makes visible and improves the knowledge associated with Positive Parenting and diagnosis, in addition to raising awareness about its use in the different areas of disciplinary practice.

The need to increase the evidence associated with the diagnosis is recognized. In addition, other lines of research are opened towards other NANDA-I diagnoses related to parenting, the research methodology itself in validation of diagnoses, as well as in relation to the phenomenon of parenting and its impact on health per se from the perspective and contribution of nurses.

Key words: Care, Nursing Diagnosis, Nursing, NANDA, Parenting, Positive Parenting, Parental Role, Family Health, Positive Health.

SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

- ∞ AENTDE: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería
- ∞ ANA: American Nurses Association
- ∞ CDN: Convención de los derechos del Niño
- ∞ CIE: Consejo Internacional de Enfermería
- ∞ DSS: Determinantes Sociales de la Salud
- ∞ DxE: Diagnóstico enfermero
- ∞ DUDH: Declaración Universal de los Derechos Humanos
- ∞ EBDH: Enfoque Basado en los Derechos Humanos
- ∞ EBE: Enfermería Basada en la Evidencia
- ∞ ENSE: Encuesta Nacional Salud Española
- ∞ ECH: Encuesta Continua de Hogares
- ∞ EPADE: Escala de Posicionamiento ante el Diagnóstico Enfermero
- ∞ FR: Factor de riesgo
- ∞ LEE: Lenguaje Enfermero Estandarizado
- ∞ NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association International
- ∞ NIC: Nursing Interventions Classification
- ∞ NOC: Nursing Outcomes Classification
- ∞ NNN: NANDA-NIC-NOC
- ∞ ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
- ∞ ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
- ∞ ONU: Organización de Naciones Unidas
- ∞ OMS: Organización Mundial de la Salud
- ∞ PE: Proceso Enfermero
- ∞ PENIA: Plan Estratégico Nacional Infancia y Adolescencia
- ∞ RAE: Real Academia Española
- ∞ SLE: Sistema de Lenguaje Enfermero

INTRODUCCIÓN

Desde siempre en las distintas civilizaciones y desde diferentes corrientes de pensamiento, se ha valorado la importancia del bienestar de la Humanidad y el Desarrollo. En la etapa actual, los Objetivos de Desarrollo Sostenible han adquirido especial protagonismo puesto que sirven para operativizar estos propósitos.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), definidos por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, se encuentran en vigor desde enero de 2016 con la finalidad de ofrecer continuidad a los resultados y logros de los predecesores Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los diecisiete ODS, interrelacionados entre sí, orientan las políticas de actuación en la denominada Agenda 2030 desde enfoques de actuación multisectoriales (1).

Entre sus propósitos fundamentales destaca la erradicación de la pobreza, la conservación y el cuidado del planeta, además de la potenciación de la paz y la prosperidad en el mundo. En definitiva, los ODS pretenden mejorar la vida de las personas de manera sostenible, tanto en el presente como para las generaciones futuras. Se configuran desde el pleno respeto de los Derechos Humanos y la Igualdad de Género (1).

Dentro de los mismos se destaca el tercer objetivo, *Salud y Bienestar*, definido con objeto de promover la buena salud, es decir, el bienestar y una vida sana para todas las personas en las diferentes etapas de la vida (2). Una de las metas que persigue es *Reforzar la capacidad para todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial* (2).

Por tanto, alcanzar la *Buena Salud* de las personas y por extensión, la de familias, grupos y comunidades, ha de convertirse en una prioridad para la comunidad internacional y de manera específica para las enfermeras.

De entre todos los grupos poblacionales, invertir en la salud, el bienestar y la felicidad de niños, niñas y adolescentes se entiende como esencial, puesto que en las etapas de la infancia y la adolescencia se es especialmente sensible y vulnerable. Los y las menores

tienen derecho a las mejores condiciones de salud y desarrollo posibles, debiéndose garantizar su protección y cuidados.

Todo lo anterior se encuentra ratificado en la Declaración de los Derechos del Niño a propuesta de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, en la Estrategia sobre los Derechos del Niño del Consejo de Europa (2016-2021) y de forma particular en España, en la Constitución Española y en el aún vigente Plan Estratégico Nacional de la Infancia y la Adolescencia (3–6).

Los primeros años de vida son considerados de especial significación. Por un lado, la primera infancia se reconoce como la fase de desarrollo más importante en todo el curso de la vida, debido a que a estas edades se estructuran las bases fundamentales de las personas (lenguaje, hábitos, habilidades sociales, capacidades cognitivas y desarrollo emocional o psíquico) (7).

Por otro lado, existe acuerdo por parte de la comunidad científica en afirmar que las condiciones de vida, la salud y los aprendizajes en esta etapa determinan en el futuro el desarrollo biopsicosocial, la salud y la calidad de vida de las personas a lo largo del resto del ciclo vital (8).

Siguiendo las consideraciones de la Estrategia Mundial de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2020) en concordancia con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se pone de manifiesto que el nivel de desarrollo y bienestar de la población infanto-juvenil constituye la base del Desarrollo Humano, influyendo notoriamente en la evolución, calidad de vida, grado de salud, productividad y éxito de las sociedades (8).

Por tanto, la inversión en el bienestar, la salud y el desarrollo en las primeras etapas ofrece resultados positivos de manera particular en el bienestar de niños, niñas y adolescentes y sus familias y en la sociedad en general, tanto, en el presente, como, con proyección a futuro en materia de Salud Pública y en el desarrollo de las comunidades.

Existe total unanimidad dentro de la comunidad científica en destacar el importante rol y la influencia de la familia en el bienestar de sus miembros. En este sentido, se ha de

contemplar el sistema familiar como un Determinante Social de la Salud (DSS) integrado en el marco de las redes sociales y comunitarias de las personas (9).

Este hecho condiciona que en los últimos años se haya acrecentado el interés por analizar la influencia de la familia, y concretamente de la Parentalidad¹, en la salud y el bienestar en las primeras etapas de la vida. La evidencia científica muestra la necesidad de mejorar los procesos y las condiciones de crianza en el seno de las familias.

Según lo explicado por Bornstein (1995), citado por Vargas y Arán (2014), la parentalidad hace referencia a las actividades que realizan las figuras parentales en el proceso de cuidados, socialización y educación de sus hijos e hijas (10).

En el informe *La Parentalidad en la Europa Contemporánea: un Enfoque Positivo* publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2012, se pone de manifiesto la importancia de promover la parentalidad desde el *interés superior del niño* y teniendo, muy en cuenta, las necesidades y recursos de las figuras parentales (11).

El enfoque de la Parentalidad Positiva destaca la importancia de crear vínculos y relaciones positivas entre padres e hijos, permitiendo que los menores desarrollen plenamente su potencial; para ello las figuras parentales aportarán estructura y reconocimiento, plenitud y autonomía (11).

¹ Desde este momento, se utilizará el término “parentalidad” para referirse a todo lo relacionado con los vínculos y las relaciones que se producen entre las personas responsables de la crianza y el rol de cuidado para el desarrollo de las niñas y los niños en las primeras etapas de la vida y la adolescencia. Se consideran personas responsables quienes lo son por vínculos familiares, como las madres y los padres y, en un plano más amplio, todas aquellas reconocidas para ello. Este término es el aceptado por los organismos oficiales y utilizado por la comunidad científica, en la línea que se expresa, de manera inclusiva y respetuosa con los principios de Igualdad de Género, a pesar de no ser reconocido por la Real Academia de la Lengua Española. A lo largo del texto se evitarán otras denominaciones identificadas en la literatura tales como paternidad, maternidad y maternaje, entre otras.

Desde la publicación del citado informe, las políticas sociales, educativas, sanitarias y los diferentes agentes sociales han de ser consecuentes promoviendo la Parentalidad Positiva e invirtiendo en mejorar la calidad de vida de los niños y la de sus padres (11).

Ante esta situación, parece conveniente establecer sinergias y sumar esfuerzos entre diferentes estados, administraciones y agentes sociales. Desde su compromiso profesional, las enfermeras son sensibles a esta causa dado que representan un rol clave como agentes activos para la promoción de la Salud de las comunidades.

Con todo lo expuesto con anterioridad, investigar en la salud en las primeras etapas de la vida y en la salud familiar parece ser especialmente relevante.

En nuestro país, la Enfermería, como disciplina al servicio de la sociedad, se encuentra especialmente sensibilizada y adquiere la responsabilidad de salvaguardar los derechos de los menores y sus familias, promoviendo la salud familiar y las formas de protección y cuidados de forma que la población infanto-juvenil y sus progenitores puedan crecer en las mejores condiciones de salud y desarrollo. De este modo queda reflejado en el artículo 40 del Código Deontológico de la profesión en relación con la salud y el bienestar familiar (12).

En diversos escenarios de atención a la salud (sistema educativo, sistema sociosanitario y en el medio social y comunitario), las enfermeras tienen la oportunidad de realizar una contribución directa al desarrollo de la población infanto-juvenil y la salud familiar a partir del fomento de la parentalidad positiva.

Mediante la relación de ayuda, las enfermeras se convierten en pilares esenciales en la atención dirigida a personas, familias, grupos y comunidades; ofreciendo un servicio de cuidados fundamentado, tal y como explicaban Cerullo y Cruz (2010), en un proceso complejo, dinámico, basado en la ética y en análisis inductivos, deductivos e intuitivos (13).

Las enfermeras planifican cuidados mediante el *proceso enfermero* (PE), caracterizado por ser sistemático (14). Esta metodología se enriquece a partir de la implementación de los denominados Lenguajes Enfermeros Estandarizados (LEE), que permiten documentar

la práctica, comparar y evaluar la efectividad de los cuidados (15). La conjugación adecuada de los modelos y las taxonomías genera avances notables en los servicios enfermeros (16).

En el momento actual, la comunidad científica internacional reconoce dentro de los LEE con mayor implementación y uso por parte de las enfermeras la clasificación de diagnósticos enfermeros de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), la clasificación de resultados enfermeros *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y la clasificación internacional de intervenciones *Nursing Interventions Classification* (NIC) (17–19).

Dentro del PE y los LEE, diferentes autores coinciden en que el diagnóstico es considerado como el eje central del proceso debido a que permite identificar las respuestas humanas (condiciones de salud/problemas de cuidado) susceptibles de intervención enfermera y estas son la base del plan de cuidados (17).

La taxonomía organiza las respuestas humanas a los problemas de salud y/o procesos vitales por los que pasan las personas, los grupos o las comunidades y son susceptibles de intervención enfermera, clasificando y organizando las áreas de responsabilidad enfermera (20). En la actualidad, está vigente y en curso de funcionamiento la clasificación NANDA 2018-2020, en España traducida y publicada en junio de 2019 (17).

En relación con el propósito de estudio, dentro de la taxonomía NANDA-I las enfermeras han mostrado interés en identificar respuestas humanas relacionadas con el rol parental y, por ende, la parentalidad, con objeto de detectar dificultades o factores de riesgo asociados.

En 1978 se incluyeron dentro de la taxonomía las etiquetas *Deterioro del rol parental* y *Riesgo de deterioro parental*. Con posterioridad se incorporaron otras dos etiquetas diagnósticas *Conflicto del rol parental* y *Disposición para mejorar el rol parental*. Respecto a estas etiquetas, desde la propia taxonomía, se hacía especial énfasis en recomendar a las enfermeras que contemplen que la adaptación al rol parental representa un proceso de maduración natural que requiere conductas profesionales dirigidas a la prevención de problemas potenciales y de promoción de la salud (21).

A pesar de la oportunidad que representa la taxonomía NANDA-I para las enfermeras, ofreciendo la posibilidad de contemplar diversas condiciones de salud vinculadas con la promoción de la parentalidad (*Disposición para mejorar el rol parental*), la prevención de problemática asociada (*Riesgo de deterioro parental*) y la identificación de problemas asociados a la parentalidad (*Deterioro parental/Conflicto del rol parental*), se quiere hacer destacar que:

- ∞ Existe escasez de evidencia científica respecto a estos diagnósticos enfermeros tal y como expusieron Orozco-Vargas et al. (2015), quienes identifican un estudio realizado en el año 2007 orientado a determinar los factores de riesgo asociados al diagnóstico enfermero “Deterioro parental” (22,23).
- ∞ Se observa un déficit importante de registro por parte de las enfermeras de diagnósticos psicosociales, no incluyéndose ninguno de los diagnósticos mencionados entre las etiquetas diagnósticas psicosociales más frecuentes (Mantenimiento inefectivo de la salud, Ansiedad, Manejo inefectivo del régimen terapéutico, Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador, Deterioro de la comunicación verbal, Temor, Afrontamiento inefectivo, Riesgo de soledad) (24).
- ∞ Se evidencia que los actuales diagnósticos reconocidos en la taxonomía relacionados con la parentalidad no han sido actualizados ni validados con anterioridad en el contexto español y desde el paradigma de la Parentalidad Positiva. Además, en la taxonomía NANDA 2018-2020 se reconoce explícitamente la necesidad de aportar evidencia para garantizar la continuidad de estos diagnósticos (17).

Existe la posibilidad de que el escaso reconocimiento de estas respuestas humanas relativas a la parentalidad por parte de las enfermeras pueda condicionar la promoción de la salud y el desarrollo en las primeras etapas de la vida y en la salud familiar.

Con todo lo anterior, se pone de manifiesto la necesidad de establecer una línea de investigación sobre el significado que adquieren los diagnósticos psicosociales: *Deterioro parental*, *Riesgo de deterioro parental*, *Conflicto del rol parental* y *Disposición para mejorar el rol parental* desde el enfoque de la Parentalidad Positiva en el contexto español.

La investigación que se presenta a continuación se centrará en el estudio del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental*, debido a su especial trascendencia en materia de promoción de la salud y prevención de la problemática asociada, determinante del bienestar y desarrollo de la población infanto-juvenil y la Salud Familiar.

Se pretende profundizar en el significado que adquiere el diagnóstico para las enfermeras en el contexto español y realizar su validación, intentando fortalecer la evidencia científica asociada, con la estrategia de sensibilizar respecto a su uso y, por ende, promover la parentalidad positiva y la salud familiar por parte de las enfermeras, agentes clave en la promoción de la salud de las personas.

JUSTIFICACIÓN

El estudio del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* resulta especialmente relevante por su reconocida trascendencia en la salud y el desarrollo en las personas en las primeras etapas de la vida y en la salud familiar, puesto que la parentalidad es, en sí misma, un determinante social de la salud y, por tanto, se encuentra vinculada con los ODS descritos por la Agenda Naciones Unidas.

En los últimos años se ha incrementado la investigación sobre la parentalidad y sus influencias, los nuevos enfoques de atención abogan por el ejercicio de una parentalidad positiva. Identificar aquellos factores que influyen negativamente en el cuidado y la educación de los y las menores es un reto y una responsabilidad por parte de todos los agentes sociales, de igual modo que lo es la mejora de las condiciones de crianza y el ejercicio de la parentalidad.

Se objetiva además un interés creciente a nivel interdisciplinar y en distintos sectores de la sociedad en la investigación en aspectos vinculados con la infancia y la adolescencia a tenor de garantizar los derechos en estas etapas de la vida. De igual manera, es necesario investigar en materia de familia, grupo primario por excelencia de la sociedad, para garantizar su protección, tal y como recoge la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

El Fondo de Investigaciones sanitarias prioriza, como líneas de investigación, aquellas dirigidas a mejorar la salud de la población (salud familiar y salud y desarrollo niños y adolescentes), mejores cuidados (intervenciones dirigidas a mejorar parentalidad) y mayor desarrollo profesional (bases conceptuales de la profesión) (25).

Respecto a la disciplina enfermera, el uso del *PE* y los diagnósticos enfermeros representa una parte integral de la práctica enfermera (26). La investigación en diagnósticos correlaciona directamente con la calidad del servicio de cuidados y el desarrollo de la ciencia enfermera (27).

Por tanto, ha de potenciarse la investigación en diagnósticos enfermeros con objeto de mostrar el impacto del juicio clínico, validar su contenido, refinar los indicadores clínicos,

garantizar y actualizar su grado de evidencia, entre otros propósitos. La taxonomía NANDA ha de ser reforzada para alcanzar mayor validez de criterio y reproducibilidad con objeto de aumentar su fiabilidad tanto en la práctica como con fines de formación (28). Para continuar estando basada en la evidencia, la taxonomía NANDA-I requiere el apoyo continuo de la investigación.

Según lo expuesto por algunos autores, la investigación sobre diagnósticos enfermeros, sobre el uso de la taxonomía NANDA-I se necesita de manera crítica (29).

Lunney (2012) explicaba, concretamente, que los estudios de validación de diagnósticos son fundamentales, considerándose la validación de diagnósticos como una estrategia de desarrollo de la ciencia enfermera, no solo para incrementar la validación de la taxonomía sino para mejorar la atención a las personas (20,30).

En este sentido, varios autores coinciden en señalar que los estudios de validación de diagnósticos NANDA han de ser realizados a nivel internacional en distintos contextos, con poblaciones de diferentes características (edad, género...), culturas y diferentes modelos de investigación (31), con objeto de evaluar la posibilidad de generalizar la taxonomía y facilitar que las enfermeras razonen en pro de resultados positivos de salud (32).

Todo lo anterior, en base a su relevancia, y teniendo presente que la mayoría de la investigación en taxonomía NANDA-I se ha desarrollado en el contexto anglosajón (33), se justifica el estudio del diagnóstico NANDA *Riesgo de deterioro parental* en el contexto español.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar el significado y la validación del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* desde el enfoque de la Parentalidad Positiva y la Salud Familiar en el contexto español.

Objetivos específicos

- ∞ Conocer el nivel de conocimientos, la valoración y la utilización de este diagnóstico de riesgo psicosocial por parte de las enfermeras.
- ∞ Desarrollar la validación conceptual del diagnóstico a partir de la revisión de la evidencia científica y el razonamiento crítico.
- ∞ Realizar la validación de contenido del diagnóstico mediante el consenso de expertos.
- ∞ Describir fortalezas y debilidades del diagnóstico que pueden influir en su implementación en el ejercicio de la profesión y, por tanto, en la salud familiar y la salud en las primeras etapas de la vida.

MARCO TEÓRICO

A continuación, se desarrollan en profundidad los principales enfoques y planteamientos teóricos sobre los cuales subyace la presente investigación, con el propósito de actualizar, sintetizar y contextualizar el marco de estudio. La secuencia de presentación de contenidos es la siguiente:

- ∞ Perspectiva contemporánea del concepto de salud: Salud Positiva
- ∞ Consideraciones sobre la Familia
- ∞ Promoción del Bienestar y la Salud en las primeras etapas de la vida
- ∞ Hacia una Parentalidad Positiva
- ∞ La disciplina enfermera en la actualidad
- ∞ El diagnóstico enfermero *Riesgo de deterioro parental*

Perspectiva contemporánea del concepto salud: Salud Positiva

*Salutogénesis, del latín salus (salud) y del griego guénesis (génesis)
El origen de la Salud*

La transformación sociológica, cultural, tecnológica, política y económica sucedida en la sociedad y, de manera global, en el mundo, redundan considerablemente en la vida de las personas, y por ello, en la experiencia y la concepción actual de la salud.

A tenor de estos cambios, se considera necesario describir el paradigma de la Salud Positiva, debido a que, en las últimas décadas, diversos autores sobre la consolidación del modelo de Promoción de la Salud.

Hernán *et al.* (2010) explicaron en su momento que el enfoque de la Salud Pública, centrado en la prevención, viraba hacia la Salud Pública Positiva (34). Desde esta perspectiva contemporánea, se enfatiza en lo que es favorable y positivo para la salud de la persona, es decir, lo que promueve su bienestar y desarrollo en todas las etapas del ciclo vital.

Salud Positiva o salutogénesis

La Salud Positiva, o el modelo de salutogénesis como también es denominado, adquiere sentido en los aspectos positivos inherentes a las personas y en sus habilidades para la resolución de problemas y la capacidad de usar los recursos disponibles.

Este enfoque de entender la salud se sitúa en contraposición al modelo tradicional imperante en Salud Pública que dirige la mirada hacia la protección y la prevención de la enfermedad, fuertemente arraigado a los factores de riesgo y la patología (34–36).

Aunque el término *Promoción de la Salud* lo acuñó por primera vez en 1945 el historiador médico Sigerist (37), el modelo de salutogénesis no aparece hasta los años 70 gracias a los trabajos realizados por el médico y sociólogo Aaron Antonovsky.

Antonovsky estudió en profundidad las experiencias de mujeres que vivieron el Holocausto. Sus hallazgos han permitido justificar por qué determinadas personas consiguen mantener un nivel aceptable de resiliencia a pesar de haber vivido dificultades o situaciones vitales estresantes (36).

Antonovsky realizó una importante contribución a la Salud Pública, pero no es hasta 1992, momento en el que participó en un seminario celebrado en la OMS en Copenhague,

donde presentó oficialmente el Modelo Salutogénico. Este modelo fue especialmente relevante, encontrándose en sintonía con las políticas de Promoción de la Salud que cobraron impulso desde la promulgación de la Carta de Ottawa de 1986 (38).

En aquel entonces ya se planteaba la orientación salutogénica como un paradigma realmente viable para la práctica asistencial y la investigación. Sin embargo, y a pesar de haber transcurrido más de tres décadas, no es hasta prácticamente la última década en la que verdaderamente adquiere especial significado para la comunidad científica y los profesionales de la salud.

Desde la salutogénesis se entiende la salud como un proceso continuo entre el bienestar y el malestar (35), incorporándose modelos y teorías enfocadas hacia la promoción de la salud, la que, según Rivera (2011), persigue la creación o facilitación de las condiciones necesarias para el desarrollo de una vida saludable (38).

Por tanto, la Salud Positiva representa una concepción más completa e integradora sobre el proceso de salud-enfermedad. Esto es así debido a que engloba todos los procesos de curación y el tratamiento, protección de la salud y prevención de la enfermedad y fundamentalmente se orienta hacia la promoción y mejora del bienestar, la calidad de vida y la percepción que la persona tiene sobre su propia salud (38).

Este modelo se encuentra íntimamente asociado a la capacidad de resiliencia de la persona, el fortalecimiento de su autoestima y confianza, el desarrollo de capacidades y la adaptación a los cambios (11).

El modelo salutogénico desarrolla los denominados *recursos generales de resistencia* y el *sentido de coherencia*, conceptos ampliamente estudiados y avalados por una buena parte de la comunidad científica (35,38).

Los *recursos generales de resistencia* hacen referencia a los recursos económicos, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida, y se encuentran disponibles para la persona en mayor o menor medida (38).

El *sentido de coherencia* se encuentra relacionado con la capacidad de utilización de estos recursos en términos de comprensibilidad (componente cognitivo), *manejabilidad* (componente instrumental) y *significatividad* (componente motivacional) (38). O lo que conlleva que las personas han de poder conocer y comprender la situación, pensar que existen soluciones y desarrollar competencias para poder hacerlo (11).

Antonovsky explicó su teoría a partir de la metáfora *Salud en el Río de la Vida*. En ella se describe, cómo en la corriente tradicional patogénica, la finalidad de la atención sanitaria radica en salvar a las personas de la enfermedad y la muerte o protegerles procurando un acercamiento hacia la orilla. Por el contrario, desde la perspectiva de la salutogénesis, el propósito de la atención sanitaria estriba en enseñar a las personas a nadar, indistintamente de como transcurran las aguas que representan metafóricamente las condiciones de la vida.

Eriksson y Lindström, discípulos de Antonovsky, continuaron los estudios del enfoque salutogénico y realizaron la siguiente representación gráfica de esta metáfora disponible en la Figura 1.

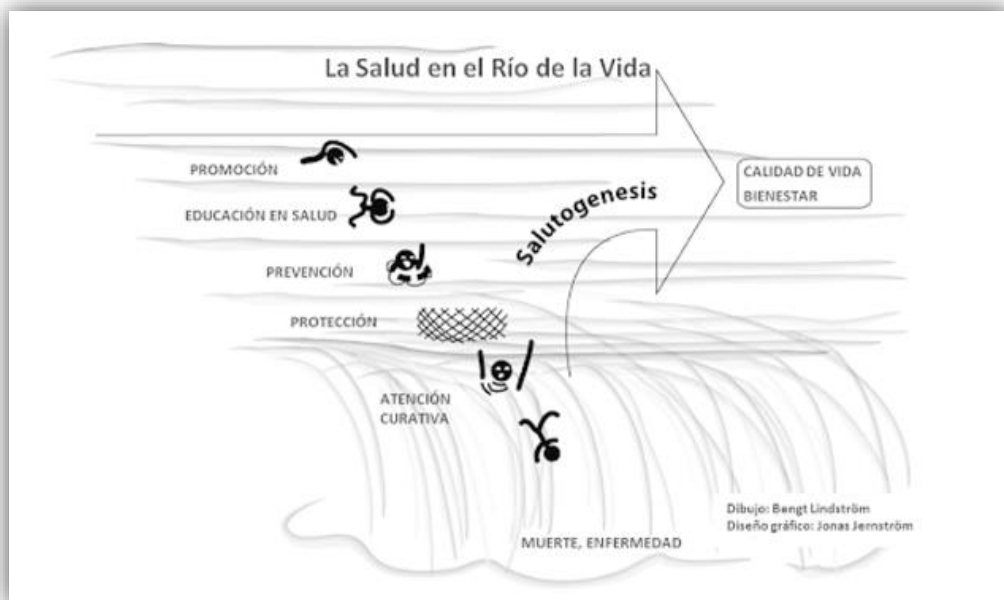


Figura 1. La Salud en el Río de la Vida.

Fuente: Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Salud Pública [Internet]. abril de 2011 [citado 15 de marzo de 2021];85(2):129-39. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Con el propósito de que las personas aprendan a nadar por sí mismas adquieren especial significado los denominados *activos en salud*. Estos son factores o recursos que potencian la capacidad de las personas, grupos y comunidades hacia el mantenimiento y la mejora del bienestar, por tanto, representan aquellas habilidades, recursos, potencialidades que la persona posee o puede promocionar hacia la adquisición de un mayor nivel de bienestar.

En 2005 Lindström incidió en la necesidad de reorientar la atención y la investigación hacia el paradigma de la Salud Positiva. Por su parte Rivera (2011), tras el análisis de varias experiencias de aplicación del modelo salutogénico, propone su consideración y aplicación en la construcción de políticas y programas de Salud Pública, así como en otras políticas también relacionadas con la salud (38).

Con posterioridad, Juvinya-Canal (2013) entendía esta perspectiva salutogénica como un reto de presente y de futuro, tanto en la práctica clínica como en la docencia, la investigación y la gestión (35).

La Promoción de la Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

En definitiva existe, la tendencia actual avalada por la OMS (39), en la que se enmarca el presente estudio de investigación, que pretende destacar la importancia de revitalizar e impulsar la Promoción de la Salud, los Activos en Salud y la Salud Positiva, fomentando los Derechos Humanos, entre ellos el derecho a la autodeterminación de la persona, su autorresponsabilidad y participación activa en materia de salud, todo ello en detrimento y abandono del modelo tradicional biomédico-patognomónico.

Según la OMS, la promoción de la salud integra *el conjunto de acciones que persiguen abordar todos aquellos determinantes de salud que son potencialmente modificables* y se estructura en base a la potenciación de políticas públicas de salud y desarrollo, mantenimiento de comunidades saludables, aprendizaje y mejora de habilidades de afrontamiento de cada persona (40).

En la Figura 2, se presenta un esquema a partir del cual pueden contrastarse las diferencias existentes entre el modelo tradicional hospitalocentrista y la perspectiva contemporánea de la Salud Positiva.

MODELO	ORIENTACIÓN	ELEMENTOS
Tradicional Biomédico Patognomónico	Enfermedad Prevención Curación Tratamiento Rehabilitación	Factores de riesgo Signos y síntomas
Salud Positiva	Promoción de la Salud Prevención Curación Tratamiento Rehabilitación	Recursos Generales de Resistencia Activos en salud

Figura 2. Diferencias Modelo Tradicional y Modelo Salutogénico.

Fuente: elaboración propia.

A nivel internacional, la trascendencia de la promoción de la salud se ha consolidado de tal manera que, la OMS y la Comisión de Salud y Planificación Familiar de China organizaron en noviembre de 2016 en la ciudad de Shanghai, la IX Conferencia Mundial de Promoción de la Salud con el lema *Promover la Salud, promover el desarrollo sostenible: Salud para todos y todos para la Salud*, tal y como se detalla en la Figura 3.



Figura 3. La Promoción de la Salud como centro de los ODS.

Fuente: WHO. 9th Global Conference on Health Promotion. 2016. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/infographic_health_promotion_sgd-es.jpg?ua=1

La conferencia atendía al propósito de concienciar sobre la importancia de la promoción de la salud y las oportunidades asociadas a la misma como herramienta para la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el logro de los ODS y concluyó con la firma de la Declaración de Sanghái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo sostenible, adoptando medidas encaminadas al cumplimiento de todos los ODS y enfatizando en la importancia de la buena gobernanza: *las políticas en pro de la salud y la justicia social benefician a la sociedad* (41).

En ella, se puso de manifiesto que los pilares fundamentales de la promoción de la salud se basan en la buena gobernanza, las ciudades sostenibles y los conocimientos sobre la salud y se ofrecen recomendaciones orientadas a estilos de vida saludables y dirigidas a todas las personas para promover la mejora de la salud.

Como puede observarse, la perspectiva contemporánea de la salud se encuentra actualmente en la agenda internacional, representa una verdadera oportunidad y se ha consolidado progresivamente como el paradigma, ineludible, para mejorar verdaderamente la salud de las personas, de las sociedades y la sostenibilidad.

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS

En España, dentro de las políticas de salud impulsadas por el Ministerio de Sanidad en 2013, con carácter previo a la Conferencia de Sanghái, se implementó y continúa vigente, la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones (7). Entre sus objetivos específicos se destacan (7):

- ∞ Promover estilos de vida saludable, entornos y conductas seguras en población infantil en el ámbito sanitario, familiar, comunitario y educativo.
- ∞ Promover estilos de vida saludables durante el embarazo y el periodo de lactancia.
- ∞ Promover el bienestar emocional en la población infantil.
- ∞ Promover el envejecimiento activo y saludable en la población mayor de 50 años.

- ∞ Prevenir el deterioro funcional y promover la salud y bienestar emocional en la población mayor de 70 años.

Tanto la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del SNS como las carteras de servicios de las comunidades autónomas contemplan acciones con el propósito de favorecer los estilos de vida saludables en la población. Estas intervenciones, en materia de promoción y prevención de la salud, implican a diferentes sectores, entidades e instituciones, tanto del nivel sanitario como no sanitario (42).

Como puede observarse, la protección de la infancia, propósito de esta investigación, se considera una prioridad de acción dentro de las políticas sanitarias en materia de promoción de salud del país.

Determinantes Sociales de la Salud

El modelo de Salud Positiva se ve fortalecido desde el estudio exhaustivo y pormenorizado de los Determinantes Sociales de la Salud, en aras de proporcionar una atención en Salud adaptada a las necesidades de la persona, grupos y comunidades.

La Organización Mundial de la Salud describe los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (37).

Los DSS están íntimamente relacionados con la distribución del dinero, el poder y los recursos, a nivel mundial, nacional y local, dependiendo, a su vez, de las políticas adoptadas, por tanto, informan de las desigualdades en Salud.

Atendiendo a lo anterior, y según lo señalado en el informe *Hacia la equidad en Salud: Monitorización de los Determinantes Sociales de la Salud y reducción de las desigualdades en Salud* publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2010, el abanico de los DSS es muy amplio (43). Entre los mismos, representados en la Figura 4, se encuentran:

- ∞ Condiciones de vida: vivienda, trabajo, nivel de vida
- ∞ Educación

- ∞ Medio ambiente (agua, saneamiento, contaminación)
- ∞ Tráfico, transporte
- ∞ Entorno psicosocial

En el marco de la atención en salud, monitorizar e investigar en materia de los DSS representa una prioridad en la agenda internacional debido a que estos son indicadores predictivos de la salud de las personas, grupos y comunidades, orientando además hacia el desarrollo sostenible, la eficiencia económica y la justicia social.

En la presente investigación, el estudio de la familia y la parentalidad se consideran un determinante social de la salud de especial significación en la salud familiar y en el desarrollo y bienestar en las primeras etapas de la vida.

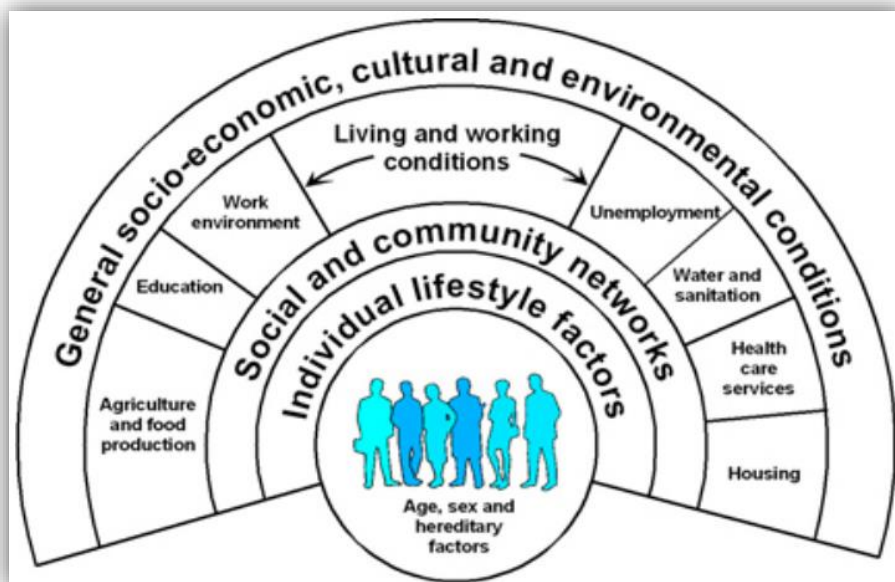


Figura 4. Determinantes Sociales de la Salud.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf*

Consideraciones sobre la Familia

La necesidad de un entorno familiar saludable es cada vez más reconocida como un imperativo mundial.

OMS

En el contexto de este estudio, cuyo núcleo de investigación atiende al fenómeno de la parentalidad, se considera de especial interés profundizar en el concepto de familia en la sociedad actual, concretamente en el Estado español, así como de su vinculación estrecha con la salud y el bienestar de las personas desde un enfoque sistémico.

De este modo, se describe a continuación una síntesis del conocimiento relativo al concepto familia, su estructura y funcionamiento, las políticas de protección y apoyo y el paradigma de la Salud Familiar, complementario al modelo de Salud Positiva presentado con anterioridad.

Cabe destacar que, a pesar de existir acuerdo por parte de la comunidad científica en reconocer la influencia del grupo familiar en la salud de las personas, tradicionalmente la salud se ha contemplado desde un enfoque individualista, relativo a cada persona, en contraposición a un enfoque sistémico, desde la perspectiva familiar en su conjunto.

En los últimos tiempos, diversas publicaciones ponen de manifiesto un creciente interés en comprender la salud desde un enfoque sistémico familiar denominado Salud Familiar, paradigma en el que se sustenta la presente investigación.

La familia como estructura básica de la sociedad

En el contexto de las Ciencias de la Vida el concepto familia hace referencia a una forma de organización natural entre los miembros de una especie (44).

Cid *et al.* (2014) explican que *todos los seres humanos nacen en el seno de una familia* (45), que adquiere especial protagonismo al constituir la primera referencia sólida que posibilita a la persona desenvolverse como ser social (46).

La familia, tal y como ponen de manifiesto distintos autores, es el grupo natural del ser humano, el primer grupo al que se pertenece y en el que se adquieren los valores básicos (44,45). Representa la primera referencia para la persona para desenvolverse como ser social (46).

Su particular idiosincrasia las funciones que desempeña, entre ellas la supervivencia de sus miembros y la preservación de la cultura, determinan su representatividad en la

sociedad, siendo considerada la estructura básica de esta y la más antigua y universal de las instituciones (44,45).

La familia contribuye al desarrollo integral de sus miembros y, por extensión, al desarrollo de la sociedad, promoviendo el aprendizaje y la adquisición de habilidades y competencias en el entorno familiar que serán extrapoladas por las personas a otros contextos externos (académicos, laborales, comunitarios...) (47).

Además, constituye un núcleo fundamental por las funciones asistenciales, educativas y de socialización que realiza (47), conformándose como el pilar fundamental del sistema de apoyos natural de la persona, tanto en periodos de independencia como en los dependencia (48). No puede obviarse su importante papel como transmisora de cultura, tradiciones, principios morales, creencias, educación, etc. (48).

La familia adquiere un valor especial como *refugio afectivo* (vínculos familiares) y de *aprendizaje social* (45). Representa en sí misma el *cauce institucional* mediante el que las personas se integran en la sociedad (49) y es considerada la institución social más estable en la historia de la humanidad (50).

Desde las civilizaciones clásicas, Grecia y Roma, la familia ha adquirido especial protagonismo. En tiempos de Cicerón la familia constituía *el principio de la ciudad y la semilla del Estado* (49). Existe consenso en afirmar que la familia constituye la célula básica de la sociedad (51,52).

En 1991 Las Naciones Unidas equiparaba la familia con la democracia más pequeña en el corazón de la sociedad (49), considerándose como la Unidad Básica de la Sociedad. Por su parte, la Declaración de los Derechos Humanos la reconoce como el elemento natural y fundamental (53). Según Placeres *et al.* (2011) *la sociedad descansa en la familia como entidad llevada a garantizar la vida organizada y armónica del hombre* (52).

Con todo lo anterior, resulta evidente la interrelación mutua y recíproca entre familia y sociedad (44), así como la trascendencia y el impacto de la familia como estructura básica de la sociedad en materia de bienestar, organización, demografía y economía social (54).

Conceptualización, características y funciones

En relación al concepto de familia, dada su importancia y complejidad, se ha teorizado de manera extensa desde diferentes disciplinas como la biología, fisiología, economía, sociología, antropología, las diferentes ciencias de la salud, entre otras (54,55).

Históricamente la familia ha evolucionado de manera notoria a lo largo de los tiempos y entre las diferentes culturas. Este hecho ha flexibilizado la propia interpretación del concepto en sí, pudiéndose encontrar en la literatura científica una amplia variabilidad de denominaciones y definiciones.

En relación con su denominación, sírvase conocer que el término familia es frecuentemente referenciado a partir de otras acepciones equivalentes. Prats y Pueyo (2003) mencionan las siguientes: *sistema social universal, microcosmos social, sistema abierto, agente socializador, grupo primario, institución* (56). No obstante, la familia también es comúnmente denominada como *grupo familiar, unidad familiar, contexto familiar y sistema familiar*.

Etimológicamente, el término familia proviene del latín *famulus* haciendo referencia al organismo social conformado por una persona que ejercía la patria potestad sobre la mujer, los hijos y los *esclavos* (52).

En el estudio de la familia se toman en consideración tres dimensiones (52):

- ∞ Parentesco (vínculos de sangre)
- ∞ Convivencia (unión de los miembros en un hogar común)
- ∞ Solidaridad (redes de reciprocidad)

Desde una visión tradicional, la familia se identificaba como un grupo, cuyo núcleo estaba conformado por un hombre y una mujer unidos en matrimonio y los hijos generados, todos compartiendo un mismo espacio (44).

En esta línea, Winch (1981) conceptualizaba la familia como un “grupo de dos o más personas unidas por lazos matrimoniales, civiles, de sangre o adopción, que constituye un

solo hogar, que interactúa entre sí en sus respectivos papeles familiares y que crean y mantienen una cultura común” (57).

Por su parte, la ONU definió la familia tradicional como “miembros del hogar que están emparentados entre sí hasta cierto grado, por sangre, adopción o matrimonio” (45).

Es preciso diferenciar el concepto familia y hogar. Hogar, según la ONU, citado por la OMS, se entiende como “arreglos hechos por personas, individualmente o en grupo, para procurarse alimentos y otras cosas necesarias para la vida. Las personas agrupadas pueden reunir sus ingresos o tener un presupuesto común en mayor o menor proporción; pueden ser parientes o no, o estar compuesto el grupo de unos y otros” (51).

Según avanzan las sociedades, se flexibiliza el concepto ampliándose a personas incluso sin vínculos de consanguinidad tales como amigos, vecinos y otras personas de la red social de la persona que esta considera de especial significancia (58).

Para este estudio se destaca la definición aportada por Campo *et al.* (2010) quienes entienden la familia como “un sistema de personas unidas y relacionadas por vía del afecto y proximidad, que puede conllevar parentesco o no, y que comporta el primer marco de referencia y sociabilización del individuo” (59).

Por su parte, Herrera (2012) explica la familia como la unión de personas que comparten un proyecto de vida en común, con estrechos y fuertes lazos afectivos, compromiso, estableciéndose relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia entre sus miembros (60). Desde esta visión, resulta congruente incluir como familia a aquellas personas, amigos, vecinos y demás, con los que se entabla una relación afectiva significativa (49).

El término familia ha adquirido tal concepción inclusiva y flexible que Megías (2016) define la familia *como todo aquello que la persona dice que es* (61).

Siguiendo con el estudio de las características de la familia, Úbeda (2005) destaca la existencia de lazos de interacción, afecto y proximidad entre sus miembros, así como el funcionamiento como grupo con características comunes en un espacio compartido (*techo común u hogar*) (58).

Algunos autores hacen especial énfasis en destacar que la familia se constituye como un grupo de personas que comparten creencias y costumbres, rasgos genéticos e historia común, entorno, actitudes generales y estilos de vida, lazos emocionales, de relación legal, de convivencia, reconociendo además la familia como núcleo generador de hábitos (48,62).

Respecto a las funciones de la familia, Murdoch (1949), citado por De la Cuesta (1995), estableció la función sexual, reproductiva, económica y educativa. Posteriormente, Parsons (1956) describió que le corresponde a la familia los procesos de sociabilización primaria e internalización de la cultura, así como contribuir a la estabilización de la personalidad adulta, proporcionando apoyo emocional y equilibrio entre las presiones de la vida social (49).

Con posterioridad, Otto (1963) describió las capacidades que la familia debiera cumplir para satisfacer las necesidades de sus miembros y del propio grupo familiar (63):

- ∞ Capacidad de ser sensible y satisfacer las necesidades físicas, emocionales y espirituales de cada uno de los miembros.
- ∞ Capacidad de comunicar de manera eficaz los sentimientos, las emociones, las creencias y los valores.
- ∞ Capacidad de proporcionar apoyo, seguridad y estímulo para potenciar la creatividad y la independencia.
- ∞ Capacidad de iniciar y mantener relaciones que permitan el crecimiento, dentro o fuera del sistema familiar.
- ∞ Capacidad de crecer con y a través de los hijos.
- ∞ Capacidad de ayudarse a uno mismo y aceptar la ayuda ajena cuando proceda.
- ∞ Capacidad de ejercer los roles familiares con flexibilidad.
- ∞ Capacidad de mostrar respeto mutuo a la individualidad y la independencia de cada miembro de la familia.
- ∞ Capacidad de usar las crisis como medio para crecer.
- ∞ Capacidad de preocuparse por la unidad y la lealtad de la familia y por la cooperación entre sus miembros.

Merrill (1978) reconoce como funciones tradicionales de la familia función biológica, afectiva y de sociabilización (48). Por su parte, Duvall (1986) identifica como principales tareas de desarrollo familiar “la conservación de sus miembros, la distribución de recursos, la división del trabajo, la sociabilización, reproducción-incorporación y liberación de miembros de la familia, conservación del orden (entendido esto como la cobertura de necesidades), mantenimiento de la motivación y la moral” (58,63).

En los primeros años del siglo XXI, Novel y Sabater (2006) explicaron que la familia realiza funciones productivas, educativas, religiosas, recreativas y protectoras (48).

Cid *et al.* (2014) señalan que todas estas funciones tienen un carácter universal y estable, independientemente del tipo de sociedad, clase y momento histórico (45).

Se destacan por su vinculación directa y repercusión en la salud y el bienestar de niños, niñas y adolescentes, todas aquellas funciones y tareas que la familia desempeña en el cuidado, crianza y protección de los hijos, la educación, transmisión de respeto, principios morales, tradiciones y cultura y socialización, contribuyendo al desarrollo de valores, actitudes, conductas respetuosas y responsables que se manifestarán en el entorno familia y en diversos contextos externos (47,55). La función de la crianza o parentalidad posibilita la transmisión familiar del aprendizaje mediante procesos complejos de socialización (10).

Determinados patrones de interacción en el contexto familiar pueden condicionar el bienestar particular de sus miembros y la felicidad del grupo. Por otro lado, la ausencia de logro en la consecución de las funciones descritas puede generar limitaciones en la funcionalidad familiar, repercutiendo en el bienestar de la familia y de sus miembros (49).

De todo lo anterior se deduce la flexibilidad del concepto a lo largo de la historia y la relevancia de las funciones inherentes al bienestar del sistema familiar.

Diversidad familiar

La familia es una entidad activa que ha ido transformándose a lo largo de la historia desde la comunidad primitiva hasta la sociedad socialista, influida por las leyes sociales y las

condiciones históricas, políticas, económicas y culturales de las diferentes regiones, países y clases sociales (45,52).

En las últimas décadas se ha producido una evolución considerable en la familia con tendencia hacia la diversificación de los modelos familiares (44,45), existiendo evidente variabilidad en los diferentes contextos internacionales en función del momento histórico, nivel de desarrollo y la cultura.

La familia no solo ha evolucionado en lo que respecta a su estructura sino que se objetivan cambios sustanciales en las dinámicas de convivencia, en los valores y comportamientos de sus miembros (47).

Tal y como describe Alba (2010) y corroboran otros autores, *la familia se encuentra en un tiempo de profundas y aceleradas transformaciones*, como consecuencia de los cambios demográficos acontecidos en las últimas décadas y de las formas de desarrollo económico imperantes en la actualidad (54,64).

Entre estos cambios sociales se destacan la incorporación de la mujer al mundo laboral, el retraso y descenso de la nupcialidad, el aumento de las rupturas conyugales, la disminución de la natalidad, el envejecimiento de la población, el aumento de la tasa de divorcios, la reducción del tamaño de la familia, el auge de las parejas de hecho, de las uniones no matrimoniales, de parejas homosexuales, de familias monoparentales, de familias homoparentales, de familias *reconstituidas* o *combinadas* procedentes de uniones anteriores, el aumento de nacimientos fuera del matrimonio, etc. (54,65).

También se han visto modificadas las dinámicas familiares retrasándose la emancipación de los hijos, disminuyendo las relaciones de familia cotidianas, modificándose los roles asignados tradicionalmente, equiparándose la relaciones de pareja y aumentando las familias en las que la mujer asume la responsabilidad de cabeza de familia (65).

Esta evolución ha ocurrido de manera paulatina. Inicialmente se produjo la primera transición familiar, cambiando la configuración de familia extensa o polinuclear, (multigeneracional, autoritaria y estricta) a la familia nuclear (más democrática y

permissiva), lo que supuso una contracción, es decir, disminución del número de componentes del núcleo familiar (54).

En la actualidad, en la década de los 90 el sociólogo Flaquer describía la segunda transición familiar, en la que se vislumbran límites más difusos en la estructura y funcionalidad de la familia, existiendo mayor visibilidad, reconocimiento y aceptación de nuevas formas de familia (54,64).

En la actualidad, la tipología de familias es amplia y diversa, reconociéndose los siguientes perfiles (44,54):

- ∞ Nuclear, conyugal o tradicional, conformada por una pareja con o sin hijos, sean estos naturales o procedentes de adopción. Se entiende como familia nuclear simple a aquella conformada por una pareja sin hijos.
- ∞ Monoparental, en el caso de estar constituida por una única figura parental (mujer u hombre) con hijo/s como consecuencia de una decisión particular de crianza individual, separaciones, divorcios o fallecimiento.
- ∞ Homoparental, constituida por una pareja homosexual.
- ∞ Extensa o extendida, ampliada a otras figuras familiares.
- ∞ Mixta o ampliada:
 - Compuesta, convivencia de dos parejas con o sin hijos.
 - Reconstituida, pareja que aglutina hijo/s de relaciones previas.

En la sociedad española predominan familias nucleares tradicionales y posnucleares (uniones no matrimoniales, parejas sin hijos, familias reconstituidas o combinadas, familias monoparentales y homoparentales) evidenciándose la marcada diversidad familiar mencionada anteriormente (54,64).

El sistema familiar, configuración y funcionamiento

Según Minuchin *et al.*, basados en la Teoría General de Sistema de Von Bertalanffy, la familia ha de comprenderse como una unidad, como un sistema abierto al que se le pueden aplicar las siguientes propiedades: *totalidad, no sumatividad, feedback y homeostasis* (48,66).

Por su parte, Silberstein (1995) explica que la familia constituye un sistema en todo el sentido de la palabra, en tanto que está formada por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de tal manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás y viceversa (62).

Los elementos básicos que componen el sistema familiar son (67):

- ∞ Estructura: sistema y subsistemas, incluidos los límites entre ellos.
- ∞ Interacciones en el sistema: secuencia de interacción y normas.
- ∞ Patrón de comunicación: tipo y nivel.
- ∞ Flexibilidad: adaptabilidad a las crisis.

A su vez, el sistema familiar puede afectar y ser afectado por su entorno, con el que ha de mantenerse en equilibrio (66). La familia, como subsistema abierto, se encuentra en interconexión con la sociedad y con otros subsistemas que lo componen (45).

Cibanal y Riera (2014) explican que la familia es un sistema que se compone de un componente estructural (personas, normas, recursos...) y otro funcional (comunicación, relaciones de afecto, intimidad, confianza...) (68).

El sistema familiar está, a su vez, compuesto de varios subsistemas que tienen un funcionamiento complejo, sustentado en las interacciones existentes entre sus miembros y que les confiere identidad (69). Los subsistemas reconocidos que conforman la familia son denominados subsistema conyugal (pareja), el subsistema parental (padres-hijo/s) y el subsistema fraternal (hermanos) (70). Estos se ilustran en la Figura 5.

Más allá de la conceptualización sistémica de la familia, Andrade *et al.* (2014) resaltan que *cada familia tiene su propia historia y camino* (69), este aspecto acentúa la identidad particular y específica de cada grupo familiar en su configuración o la concepción de que cada familia es única y particular (52), no existiendo dos familias iguales o equivalentes. Explican Cid *et al.* (2014) que *todas las personas tienen un concepto de familia debido a que han acumulado una experiencia de vida familiar diferente* (45).

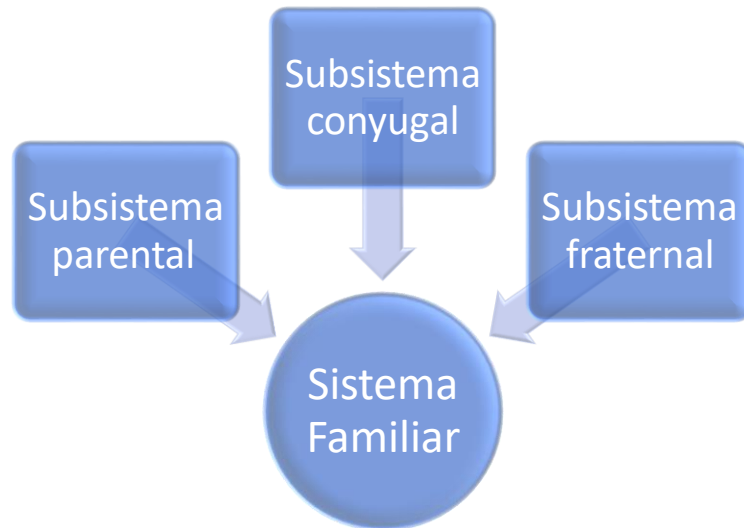


Figura 5. Subsistemas de la familia.

Fuente: elaboración propia.

Para entender el sistema familiar ha de conocerse y estudiarse su particular identidad e idiosincrasia, su estructura y dinámica/funcionamiento, tanto en lo particular de sus miembros como en su interacción como grupo.

La estructura familiar hace referencia al número de miembros, la posición (*status*) y los roles que desempeñan los mismos a tenor de los subsistemas existentes (48). La estructura familiar suele representarse mediante el *genograma* o *familiograma*, que ha demostrado especial utilidad a nivel internacional.

La composición familiar básica cuenta con al menos dos personas que conviven en un hogar/vivienda y que comparten recursos. Entre las personas pueden existir vínculos de parentesco/consanguinidad o no, hijos adoptados o de otros vínculos matrimoniales (49).

En relación a la dinámica y el funcionamiento de la familia un concepto de especial significación es el denominado Ciclo Vital Familiar, resultado, tal y como señala Horwith *et al.* 1985), del engranaje de los ciclos vitales de cada uno de los miembros de la familia (71).

Duvall (1986) desarrolló una teoría sobre el crecimiento y desarrollo del ciclo vital de cada familia, poniendo de manifiesto que las diferentes fases por las que atraviesa la

familia eran previsibles y sucesivas. Esta teoría no puede aplicarse a todas las culturas dada la variabilidad existente entre estas culturas (58).

La mayoría de los autores coinciden en que la familia atraviesa diferentes fases de desarrollo que van desde la unión de la pareja, el nacimiento de los hijos, el crecimiento, la escolarización, la adolescencia, la emancipación, el nido-vacío, la jubilación, el envejecimiento de los miembros de la familia y el fallecimiento.

En este sentido, la OMS, a tenor de los acontecimientos que suceden en cada fase, identifica cuatro etapas diferenciadas en el ciclo vital familiar: formación, extensión, contracción y disolución (52).

Por su parte, otros autores, distinguen las siguientes etapas formación (noviazgo), expansión (crianza inicial de los hijos, familia con hijos preescolares, consolidación y apertura (familia con niños escolares hasta 13 años hijo mayor, familia con niños adolescentes, familia plataforma de lanzamiento, familia edad media), disolución (familia anciana hasta muerte uno de sus miembros, viudez anciana miembro restante) (71). Estas etapas se esquematizan en la Figura 6.

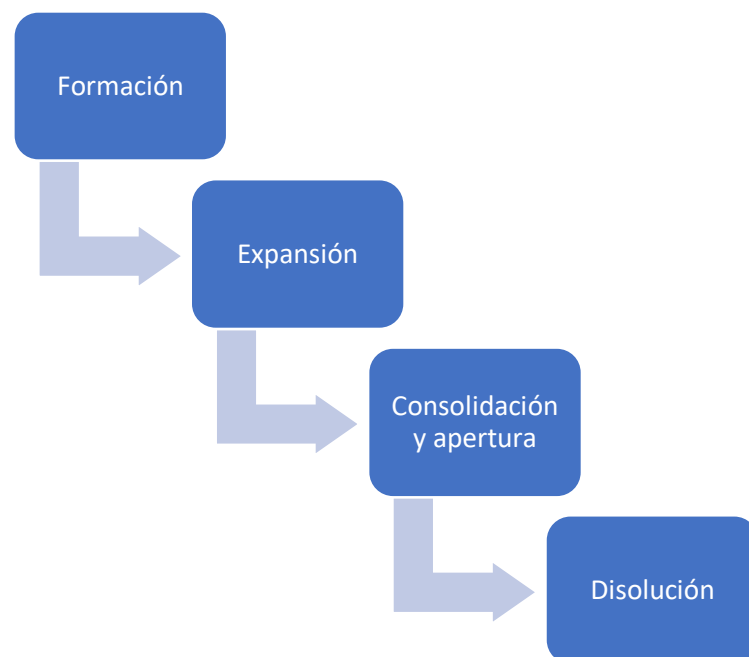


Figura 6. Etapas del ciclo vital familiar.

Fuente: elaboración propia.

Más recientemente, Cibanal y Martínez Riera (2014) describen las siguientes etapas del Ciclo Vital Familiar asociándolas a las diferentes tareas que la familia realiza (68):

- ∞ Convertirse en pareja: comprometerse con un nuevo sistema.
- ∞ Ser padres: integración de un nuevo miembro.
- ∞ Crecimiento de los hijos: crianza de los hijos.
- ∞ Conquistar la adolescencia: alterar la flexibilidad de los límites.
- ∞ Ayudar a los hijos a empezar su camino: irse del sistema o dejar ir.
- ∞ La familia en la vida tardía: aceptación del cambio generacional de los roles.

En cuanto al funcionamiento familiar, entendido este como el resultado de la capacidad de afrontamiento y la relación entre sus miembros, existe amplia diversidad de igual modo que ocurre respecto a la estructura y los modelos familiares (47).

Esta variabilidad puede ser explicada a partir de múltiples factores de especial complejidad, de tipo evolutivo, educativo, cultural, étnico, religioso, laboral, económico y social, entre otros (47).

Los cambios sociodemográficos, la igualdad de género y la conciliación laboral, influyen de manera representativa en el funcionamiento y clima de la familia determinando incluso cambios sociales importantes respecto a los modos de funcionamiento, organización y los roles desempeñados en las familias en el sentido de la equiparación de las responsabilidades en el hogar entre hombres y mujeres, crianza de los hijos compartida y por parte de los abuelos, fenómeno reconocido como *los niños de la llave*, dificultades para el cuidado de las personas mayores.

Diferentes autores reconocen que el funcionamiento familiar viene determinado por tres dimensiones de especial significación (72):

- ∞ El enfoque y la capacidad para la resolución de problemas.
- ∞ La propia organización de sus miembros.
- ∞ El clima emocional.

En cuanto al enfoque y la capacidad de resolución de problemas y la organización de los miembros se entiende como dinámica de funcionamiento satisfactoria o adaptativa

(familia funcional) aquella en la que sus miembros participan activamente, cooperan y se comprometen para afrontar y resolver las situaciones cotidianas y las crisis respetando las diferencias y las normas del grupo, comparten afectos y promueven el desarrollo personal, de los otros miembros del grupo familiar y del sistema en su conjunto (45).

En este sentido, son signos de fortaleza de la familia los enunciados por Stinnett y DeFrain (1985) (11):

- ∞ Apego a la familia
- ∞ Aprecio y afecto por el otro
- ∞ Intercambios positivos y buena comunicación
- ∞ Disfrute de la compañía del otro
- ∞ Sentimiento de bienestar espiritual y valores compartidos
- ∞ Experiencia y confianza en la capacidad para gestionar dificultades

Por el contrario, aquellas familias cuyo funcionamiento no satisface las necesidades particulares y de la unidad familiar suelen presentar dificultades en la comunicación (escasa, confusa) y en la organización, tienden al desapego, la aglutinación o la triangulación entre sus miembros, aparece con frecuencia resistencia al cambio y existen dificultades para resolver problemas viéndose la capacidad de afrontamiento comprometida. Socialmente a este tipo de familias se les ha denominado *familias desestructuradas*, *familias disfuncionales*, *familias vulnerables* o *frágiles*. En los últimos tiempos, la denominación más aceptada para referirse a esta condición es *familias en riesgo* (11). En la sociedad actual, una de las principales inquietudes existentes radica en la influencia que pueden tener las familias consideradas en riesgo en el desarrollo de niños y niñas (64).

Por último, merece especial reconocimiento la importancia del clima familiar. El concepto Clima Social Familiar, desarrollado por Guerra (1993) y Kemper (2000), apoyados en la Teoría del Clima Social de Rudolf Moos (1974), hace referencia al tipo de relaciones interpersonales que se establecen entre los integrantes de la familia, que condicionan aspectos de desarrollo, comunicación, interacción y crecimiento personal (73). Estas interacciones suelen representarse gráficamente mediante un mapa de

relaciones, especialmente ilustrativo para observar el funcionamiento y el clima social familiar.

Respecto al Clima Social Familiar, desde diferentes entidades, políticas y agentes sociales se incide en la importancia de la convivencia positiva como condición necesaria para mejorar el clima social familiar. La convivencia positiva se basa en el respeto, la comunicación abierta y clara, el reconocimiento de derechos y obligaciones, la demostración de afecto, compartir tiempo juntos, delegar y repartir tareas, entre otros (47). Se considera imprescindible un entorno familiar saludable en el que se produzcan en la familia procesos educativos y de convivencia positiva (47). En la vertiente opuesta a la convivencia positiva y el buen trato se explicarían todas las experiencias de violencia y abusos en el contexto de la familia.

La familia en el contexto español

Actualmente en España coexisten múltiples modelos familiares como consecuencia de los cambios sociodemográficos, históricos y culturales acontecidos en las últimas décadas.

Desde 2013, el Instituto Nacional de Estadística (INE) realiza anualmente la denominada Encuesta Continua de Hogares (ECH) que permite conocer la tendencia sociodemográfica, los hogares que componen y la tipología de familias (74).

Los primeros datos de la ECH fueron publicados en 2014 coincidiendo con el 20 aniversario del Año Internacional de la Familia. La última publicación se realizó el pasado 7 de abril de 2021, correspondiente a los datos de 2020, de la que se extraen las siguientes conclusiones (75):

- ∞ El número de hogares en España aumentó 0,7% respecto al año anterior. En la actualidad el número total de hogares alcanzó los 18.754.000 hogares. El 52,8% de los jóvenes de 25 a 29 años vivía con sus padres.
- ∞ El tamaño medio de los hogares se mantiene en 2,5 personas. Tras el decrecimiento acontecido desde la década de los años setenta, se ha experimentado un ligero repunte.

- ∞ Los hogares más frecuentes son los conformados por dos personas (30,4%). En cuanto al número de parejas ha descendido en 0,3%, disminuyendo las parejas de distinto sexo (0,5%) y aumentando las del mismo sexo (14,6%), desciende el número de parejas de derecho (0,9%) y aumenta el número de parejas de hecho (2,5%).
- ∞ El hogar constituido por parejas, con o sin hijos es la modalidad familiar más frecuente (54%). Respecto al año anterior, aumentó el número de hogares unipersonales (2%), el número de hogares monoparentales (3%) y el número de familias con tres o más hijos (2,1%).
- ∞ Predominan hogares monoparentales integrados por madre con hijos (81,4%), habiendo aumentado el de padres con hijos respecto al año anterior un 1,6%. Un 37,6% de estas mujeres son viudas, un 40,2% separadas/divorciadas, un 15,8% solteras y un 6,4% casadas.

En la Figura 7 se observan los principales datos de la ECH.

Evolución de los tipos de hogar más frecuentes.						
	2020	%	2019	%	Variación absoluta	Variación relativa
Total	18.754.800	100,0	18.625.700	100,0	129.100	0,7
Hogar unipersonal	4.889.900	26,1	4.793.700	25,7	96.200	2,0
Pareja sin hijos que convivan en el hogar	3.913.800	20,9	3.937.200	21,1	-23.400	-0,6
Pareja con hijos que convivan en el hogar	6.208.100	33,1	6.219.000	33,4	-10.900	-0,2
- Con 1 hijo	2.889.200	15,4	2.916.800	15,7	-27.600	-0,9
- Con 2 hijos	2.756.700	14,7	2.751.800	14,8	4.900	0,2
- Con 3 o más hijos	562.200	3,0	550.400	3,0	11.800	2,1
Hogar monoparental (un adulto con hijos)	1.944.800	10,4	1.887.500	10,1	57.300	3,0
Hogar de un núcleo familiar con otras personas	800.100	4,3	806.400	4,3	-6.300	-0,8
Hogar con más de un núcleo familiar	430.500	2,3	423.600	2,3	6.900	1,6
Personas que no forman ningún núcleo familiar	567.600	3,0	558.200	3,0	9.400	1,7

Figura 7. Evolución de los tipos de hogar más frecuentes.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta continua de hogares 2020 [Internet]. 2020 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf

La familia se ve claramente influida por el descenso de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida. En la última década ha disminuido la tasa de natalidad, aumentado la esperanza de vida y situándose en 80,86 años en hombres y 86,22 años en mujeres, experimentándose un crecimiento vegetativo negativo desde 2014 (76).

En 2018, el Banco Mundial de datos mostraba que la tasa de fertilidad en España era de 1,3 hijos, frente a los 2,4 de media mundial (77). Los nacimientos decrecen paulatinamente desde 2008 y actualmente, según datos del INE de 2019, la tasa bruta de natalidad es de 7,62 nacidos por cada 1.000 habitantes; ha disminuido el indicador coyuntural de fecundidad (-2,24) y la edad media de maternidad es 32,25 años. Aumenta la esperanza de vida al nacer, disminuyendo la tasa bruta de mortalidad y de mortalidad infantil. (78).

En la Figura 8 se representan los datos demográficos mencionados.

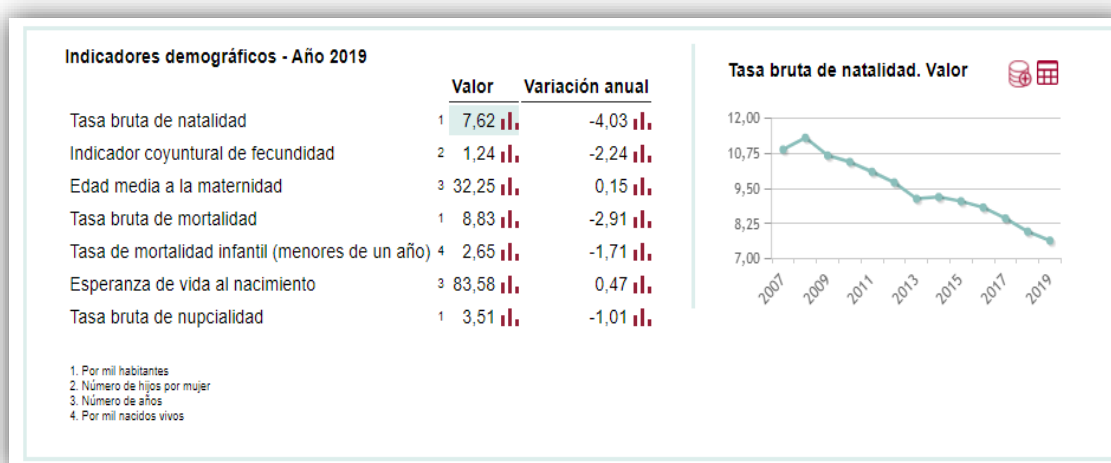


Figura 8. Indicadores demográficos 2019.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos básicos - Año 2019 [Internet]. INE. 2019 [citado 10 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002

Según la Encuesta de Fecundidad del año 2018, conforme aumenta el nivel educativo y la ocupación laboral disminuye el número medio de hijos. La mayor fecundidad se produce en mujeres ocupadas con 40 o más años (1,5 hijos). De los datos puede objetivarse que las mujeres extranjeras tienen más hijos (1,2 hijos por mujer) que las españolas (0,69 hijos por mujer) en todas las edades. Los datos reflejan que el 25,3% de las mujeres y el 18,8% de los hombres declaran que tienen menos hijos de los deseados (79).

Además, se observa que el 79,2% de las mujeres de 25-29 años aún no han tenido hijos y el 44,5% de las mujeres mayores de 40 años declaran que hubieran preferido tener su primer hijo antes. Los principales motivos que señalan para el retraso de la maternidad se relacionan con cuestiones laborales, económicas y de conciliación de la vida familiar y

laboral. De hecho, la conciliación laboral es un punto importante puesto que el 52,1% de las mujeres y el 48,3% de los hombres verbalizan recibir ayuda de los abuelos o de otros familiares (79).

En conclusión, la familia en España tiende a disminuir su número de miembros por el descenso de la natalidad, existe retardo en el nacimiento de los hijos, coexisten diversos modelos familiares (parejas sin hijos, parejas con hijos, familia homoparental, familia monoparental, compuesta) y requieren, las familias, por lo general, apoyo social para el desarrollo de sus funciones debido a las dificultades para la conciliación laboral y el envejecimiento poblacional.

Políticas de apoyo y protección a la familia

La protección de la familia queda refrendada en la Declaración los Derechos Humanos, en la que se describen exhaustivamente tres artículos fundamentales, artículos 16, 25 y 26, que hacen referencia expresa a los derechos inherentes a la familia. Estos artículos se citan textualmente debido a su especial transcendencia (53).

Artículo 16

- ∞ Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.
- ∞ Solo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.
- ∞ La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 25

- ∞ Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene

asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

- ∞ La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

- ∞ Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.
- ∞ La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.
- ∞ Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Reconociendo los derechos de las familias y de las personas en lo particular, las políticas de apoyo y protección a la familia son esenciales para garantizar estos derechos y promover el bienestar familiar, el desarrollo de sus miembros, la igualdad de género, facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar, reducir pobreza y prevenir la ausencia de hogar (80). En el momento actual estas políticas se ven acentuadas debido al importante papel de la familia, como estructura básica de la sociedad, y su bienestar en la consecución de los ODS.

Se aboga por un cambio de enfoque en las políticas orientadas a la familia que consideren el descenso de la natalidad, el incremento de la desigualdad, el crecimiento de la pobreza. La principal característica de este enfoque es, tal y como han señalado Morel *et al.* (2012),

el cambio de énfasis desde unas políticas orientadas a la reparación a otras orientadas a la preparación (*preparing rather than repairing*). En este sentido se ha de potenciar la inversión social, la atención temprana, el enfoque de la predistribución (corrección desigualdades), la fiscalización de las prestaciones a la familia y la parentalidad positiva (81).

Aunque la familia se encuentra en la agenda política desde la I Conferencia de Ministros responsables de asuntos familiares del Consejo de Europa celebrada en 1959 (11), no es hasta el año 1983, momento que desde el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas aumenta el grado de sensibilización y reconocimiento respecto de la función de la familia en proceso de desarrollo, cuando se promueve el mayor reconocimiento de los problemas y necesidades de la familia para su resolución y cobertura (82).

Dos años más tarde desde el Consejo se propuso a la Asamblea de Naciones Unidas la inclusión de la materia *Las familias en el proceso de desarrollo* y se inicia un proceso que aumentará la concienciación de gobiernos, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y la opinión pública para proclamar la celebración del Año de la familia y fomentar medidas orientadas a mejorar bienestar familiar e intensificar la cooperación internacional en aras de favorecer el desarrollo. Finalmente se aprobó el Año Internacional de la Familia en 1989 y, desde 1995, se celebra cada 15 de mayo (82).

Desde la Comisión para el desarrollo social del Consejo Económico y Social de la ONU (2013) se marcaron como objetivos el reconocimiento de la familia como unidad grupal natural y fundamental de la sociedad sobre la que subyace la responsabilidad para la crianza y protección de los niños, el reconocimiento de la responsabilidad parental compartida para la crianza y la necesidad de fomentar políticas de mejora de la participación parental (83).

El 15 de mayo de 2020 se resaltó la importancia de incidir en la protección de familias monoparentales dado su considerable aumento. La protección implícita a las familias extensas, sustentadas en el cuidado mutuo y compartido ha disminuido en el engranaje social y, por tanto, requiere ser atendido por los sistemas de protección formal con un enfoque de perspectiva de género. Además, se focalizó en la conciliación de la vida

laboral y familiar y en las familias sin hogar. El informe reconoce que *las familias son agentes y beneficiarias de la implementación de la Agenda 2030* (80).

Como puede observarse la ONU reconoce el importante papel de las familias y las políticas relacionadas con la protección de la familia como claves en la consecución de los ODS (82).

Por su parte, el Instituto de Política Familiar (IPF), organismo civil e independiente con sede en Madrid (España y que fue fundado en 2001, actúa como catalizador para la promoción y defensa de la institución familiar. El IPF pretende sensibilizar tanto a la sociedad como a los poderes públicos en Europa, Iberoamérica, y a escala internacional, abogando por políticas públicas con perspectiva de familia.

Las políticas con perspectiva de familia a propuesta del IPF han de estar fundamentadas en (84):

- ∞ La universalidad, es decir, políticas dirigidas a la totalidad de las familias, en especial aquellas con necesidades específicas.
- ∞ El reconocimiento de la familia como institución, promoviendo la participación activa de padres y asociaciones.
- ∞ El fomento de la cultura y de un ambiente favorable familiar, integrando de manera constructiva distintos ámbitos de desarrollo laboral, familiar y personal.
- ∞ La ayuda a los padres a tener los hijos que deseen y reconocer su derecho a educarles libremente, permitiendo a la familia afrontar el día a día y superar las crisis.

En el Informe de la Evolución de la Familia en Europa de 2018, realizado por el IPF en colaboración con el Consejo Económico y Social de la ONU, se pone de manifiesto que la familia actual se encuentra en crisis: *Europa es una sociedad envejecida, sin niños, con hogares solitarios, con cada vez menos familias y cada vez más rotas e insatisfechas.*

Las razones que explican esta situación tienen que ver con el descenso de la natalidad, el descenso de matrimonios y el aumento de rupturas, las dificultades en la conciliación

laboral y familiar. Por tanto, se acentúa la necesidad de reforzar las políticas familiares que se desarrollen en las distintas administraciones de los Estados de la Unión.

Se pone de manifiesto que las políticas específicas para la protección y el apoyo a la familia son insuficientes existiendo diferencias considerables entre países. En Europa, solo 1 de cada 3 países cuenta con un Ministerio de Familia. Actualmente existen en Alemania, Austria, Croacia, Eslovaquia, Finlandia, Luxemburgo, Malta y Polonia. Según se recomienda, sería necesario crear un Instituto para la Perspectiva de Familia en la Comunidad Europea, elaborar un Libro Verde sobre familia, reinstaurar el Observatorio Europeo de Políticas Familiares, promover un Pacto Europeo sobre la Familia. Este aspecto puede ser explicado a partir de las aportaciones de Krieger (2004) quien afirma que, a pesar de la importancia de la familia, esta se reconoce en menor medida que otras cuestiones políticas. Por otro lado, existe cierta controversia en legitimar la intervención política sobre la vida familiar (11).

La política familiar ha de contemplar transferencias públicas y de impuestos, el equilibrio entre el trabajo y la familia y una infraestructura que dé cobertura a las necesidades de los niños (11). Los ejes en los que se han de vertebrar las políticas familiares son:

- ∞ Impulsar los derechos de la familia
- ∞ Incorporar la perspectiva de la familia
- ∞ Convertir la familia en una prioridad política
- ∞ Redescubrir la familia
- ∞ Recuperar la importancia y funciones sociales de la familia
- ∞ Considerar la familia y la maternidad como pilares indispensables
- ∞ Implementar una política real y efectiva de ayuda a la familia
- ∞ Resolver las principales necesidades de las familias

Las necesidades y problemas detectados hasta el momento ponen de manifiesto que las familias tienen problemas de vivienda, de planificación familiar, de cuidados y mantenimiento de los hijos, para afrontar gastos de educación y el derecho a educar según sus convicciones, la conciliación laboral y familiar y la estabilidad conyugal.

Y es que, según el informe, a pesar de haber aumentado el producto interior bruto destinado a gastos sociales, la mayoría de estos gastos se destinan a pensiones y otras partidas en contraposición a la inversión en familias, que habiendo aumentado lo ha hecho en menor medida. España destina solo un 1,3% del PIB a familia, frente a lo destinado por Dinamarca (3,5%) que se sitúa en primer lugar del *ranking*. De entre las ayudas ofrecidas (monetarias y no monetarias), España es el país que menos ayudas monetarias destina a la familia. En este sentido, se pone de manifiesto una marcada desigualdad entre países. Según este informe, la universalidad de las ayudas en Europa ha retrocedido, creciendo además la discriminación fiscal de las familias.

En el camino hacia políticas efectivas destinadas al apoyo y la protección de la familia, existen algunos avances en la materia que promueven un mejor funcionamiento y nivel de vida de las familias. A nivel europeo se destaca el informe *La parentalidad en la Europa contemporánea*, en el cual se enfatiza sobre el apoyo a la familia y en el que se profundizará más adelante (11).

En el contexto español se destaca el reconocimiento a la protección de la familia en la Constitución Española. En el artículo 39 se pone de manifiesto *la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia y dentro de esta, con carácter singular la de los hijos* (5).

Además, se ha desarrollado en los últimos años, y se esperaría tuviera continuidad, el *Plan Integral de Apoyo a la Familia 2015-2017*, aprobado por Consejo de Ministros en mayo de 2015, y cuyas líneas estratégicas son (85):

- ∞ Línea 1. Protección social y económica de las familias
- ∞ Línea 2. Conciliación y corresponsabilidad
- ∞ Línea 3. Apoyo a la maternidad y entorno favorable para la vida familiar
- ∞ Línea 4. Parentalidad Positiva
- ∞ Línea 5. Apoyo a familias con necesidades especiales
- ∞ Línea 6. Políticas familiares: coordinación, cooperación y transversalidad
- ∞ Línea 7. Evaluación por resultados

Tal y como puede comprobarse, la Parentalidad Positiva, núcleo de estudio de esta investigación, se constituye como una línea estratégica de actuación.

La intervención familiar ha de desarrollarse de manera intersectorial, es decir, entre todos los ámbitos de la sociedad: político, sanitario, educativo, legal...(65).

En el marco de las comunidades autónomas también se han desarrollado propuestas de interés que orientan la planificación. Entre ellas destacan la *Estrategia de Apoyo a la Familia 2017-2021* en la Comunidad de Madrid, el *II Plan integral de apoyo a la familia, la infancia y la adolescencia 2017-2023* en la Comunidad Foral de Navarra, el *IV Plan interinstitucional de apoyo a las familias de la Comunidad Autónoma de Euskadi 2018-2022* (86–88).

En definitiva, tal y como señalaban Pi Osoria y Cobian (2010), el desarrollo integral de las familias constituye un reto a escala mundial para el que es necesario realizar profundas transformaciones económicas, sociales y políticas (50).

Familia y Salud: Salud Familiar

Familia y Salud son conceptos que guardan entre sí estrecha relación, legitimándose dentro de la comunidad científica el importante rol que desempeña la familia en la salud y el bienestar de sus miembros (62). El grupo social más influyente en la salud de las personas es la familia, por ser la principal fuente de apoyo y cuidados (89).

En este sentido, incluso algunos autores, como Horwith *et al.* (1985), identifican a la familia como *unidad de salud* en sí misma (71). En la misma línea, Ackermans *et al.*, la reconocían como *unidad básica de enfermedad y salud* (90).

Desde hace varias décadas la evidencia científica refleja la necesidad de ampliar la mirada al grupo primario y entender la familia como una unidad de salud.

Según la OMS, existe relación directa entre la familia y la promoción y protección de la salud, influyendo el contexto familiar de manera significativa en la salud de las personas desde incluso antes de la concepción (91). Como antecedentes representativos, cabe destacar que en 1978 en la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, se

elaboró un documento referido expresamente a la familia (50). De este modo se ha reconocido que la familia propicia un contexto determinante generador de hábitos y estilos de vida en las personas (58).

Además de en la promoción de la salud, se reconoce de manera específica su influencia en la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las enfermedades (54).

De la Cuesta (1995) explicó que la familia proporciona un espacio donde se aprenden conductas relacionadas con la salud (contexto de salud-enfermedad), se protege de o precipita la enfermedad (causa) o se reciben cuidados (proveedor de atención) (49).

Respecto a la pérdida de la salud, Horwith *et al.* (1985) reconocen la familia como el ambiente social más determinante en el que se manifiesta y se resuelve la enfermedad (71). Celma (2001) corrobora esta idea, explicando que la mayor parte de los procesos, tanto agudos como crónicos, se tratan en el seno familiar (89).

Peters y Essers (1990) hacen referencia al apoyo y la asistencia que puede ofrecer la familia (92); por su parte, Pearson *et al.* (1993) y Caplan (1993), explicaban que, en caso de enfermedad o dolencia, los familiares constituyen la fuente más importante y principal de ayuda (apoyo social) que tienen las personas (49).

Cuando se afecta la salud de los integrantes de la familia, dada su interdependencia, se ve alterada la salud de todo el grupo familiar (93). La enfermedad se manifiesta como un proceso colectivo que afecta a toda la unidad familiar (58), alterándose la dinámica familiar y las relaciones interpersonales (92).

Parece necesario concebir la salud más allá de un enfoque particular centrado en la persona como ser unitario sino en el marco de su familia, desde una perspectiva sistémica. Se reconoce la existencia de reciprocidad entre la salud familiar y la salud individual, cualquier circunstancia que afecte al sistema influye en cada persona individualmente y viceversa (94).

En líneas generales, la repercusión en la salud por parte de la familia se debe a las funciones que esta desempeña en relación con la misma. Graham (1984) describió las siguientes (58):

- ∞ **Proporcionar salud.** La familia constituye una fuente de cuidados para la satisfacción de necesidades básicas del grupo y de las personas que la conforman tanto de supervivencia como orientadas a la autorrealización. En este caso, ha de contemplarse además la organización de servicios domésticos y la gestión de los recursos disponibles (45).
- ∞ **Enseñar sobre la salud y la enfermedad.** La familia ofrece un contexto de aprendizaje de autocuidados para la promoción de la salud y de prevención y afrontamiento de procesos de enfermedad. Esto se debe a los fenómenos de transmisión de conocimiento entre generaciones sobre la historia familiar, la experiencia, los valores, costumbres y otros aspectos vinculados con la producción de salud (45).
- ∞ **Cuidar a los enfermos.** La familia, como grupo primario de referencia, es la red natural de apoyo por excelencia y se ha responsabilizado históricamente del cuidado de las personas enfermas del núcleo familiar.
- ∞ **Mediar en la ayuda profesional.** Las familias, por lo general, gestionan la búsqueda y solicitud de ayuda de las redes de apoyo organizadas y profesionales, mediando incluso en la demanda de servicios y en la ayuda recibida. Según la OMS las familias toman conciencia de lo que significa recibir servicios de salud y los solicitan en mayor medida (91).
- ∞ **Hacer frente a las crisis.** El sistema familiar tiende a la búsqueda del equilibrio necesario movilizándolo recursos, internos y externos, para afrontar los cambios situacionales o de desarrollo que comprometen el bienestar de las personas en particular y del grupo en su conjunto.

En una línea similar, De la Cuesta (1995) afirma que la familia proporciona un contexto donde se aprenden conductas relacionadas con la salud, se protege o se precipita la enfermedad y se reciben cuidados, entendiéndose la familia como la principal proveedora de cuidados. Esta autora incide en considerar la familia como una “fuente de cuidados” y como recurso para afrontar las crisis de salud (49).

Teniendo presente todo lo anterior, y el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud propuesto por la OMS en 2005, la familia, entendida como el entorno humano de la persona (37), es uno de los determinantes sociales de la salud clave, incluida en el marco

de las redes sociales y comunitarias de la persona y con influencia directa en los estilos de vida y la genética.

A su vez, este modelo puede ser aplicable a la propia familia. La OMS identifica como determinantes de la salud de las familias la cultura, las condiciones socioeconómicas y la educación (45,91). De este modo, puede comprenderse la influencia de la familia en la salud de las personas a nivel individual, viéndose además ella, en sí misma, influida por otros factores.

Salud Familiar vs Salud de la Familia

Diversos autores coinciden en señalar que, a pesar del reconocimiento que se le atribuye a la familia y su vinculación con la salud, el estudio y las publicaciones en materia de familia y salud son escasas (45).

De esta realidad, y a tenor de las fuentes consultadas, puede deducirse que existe un nicho de conocimiento e investigación en materia de familia y salud. Esta situación puede ser explicada, tal y como reconoce la OMS, como consecuencia de que el sistema sociosanitario, las instituciones productoras de salud y los profesionales, centren principalmente la atención en la persona como entidad individual, evidenciándose escasa sensibilidad por las necesidades de la familia (91). Se ha llegado a enfatizar este hecho, incluso haciendo referencia a la familia como *un paciente olvidado* (62).

No obstante, existe una corriente de autores dentro de la comunidad científica que trabajan directamente con familias y que muestra especial interés por fomentar la atención a la familia y estudiar la salud de la unidad familiar. En este sentido se establece una clara diferenciación entre los términos Salud Familiar y Salud de la Familia (95).

A pesar de que ambos constructos describen la salud del grupo familiar lo realizan desde perspectivas claramente distintas. Por un lado, *salud familiar* representa una concepción más holística y sistémica de entender la salud de la unidad familiar en términos de funcionalidad y adaptación, mientras que *salud de la familia* es el resultado de la suma de la salud de los diferentes miembros de la familia (94).

Un grupo de expertos de la OMS en 1976 definió la salud familiar como *la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la familia* (94). Esta definición, calificada de incompleta, fue progresivamente depurándose, Pérez (1977) postula que la salud familiar es el resultado del equilibrio existente entre el funcionamiento familiar, los factores socioeconómicos y culturales (94).

Horwitz *et al.* (1985) explican la *salud familiar* como el ajuste o equilibrio entre los elementos internos y externos del grupo familiar, la capacidad de la familia para adaptarse y superar las crisis, incidiendo en la importancia de la capacidad de adaptación y afrontamiento (94). En esta línea explica que la salud depende de la interacción de sus componentes (96):

- ∞ Salud física y psicológica de cada integrante de la familia y manejo de los problemas familiares.
- ∞ Calidad de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia.
- ∞ Características socioeconómicas, demográficas y culturales de cada familia.

Por su parte, Louro (1993) aclara que la salud familiar se encuentra más en relación con la síntesis de las relaciones intrafamiliares, lo asocia al funcionamiento familiar e incide en que la *salud familiar* no es simplificable a la suma de la salud de sus miembros (94).

Para este estudio, se tomará como referencia el paradigma de la *salud familiar*, explicándose a continuación sus principales consideraciones teóricas.

Por su parte, Ortiz (1996) explica la *salud familiar* como *la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica interna, en el cumplimiento de funciones para el desarrollo de los integrantes, y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida* (94).

La *salud familiar* ha de considerarse como un proceso dinámico, continuo, de transformación, que incluye el estado de salud física y mental individual y el nivel de síntesis e interrelación entre los miembros de la familia desde un enfoque sistémico, en tanto y cuanto se propicia la solución de problemas, la adaptación y el desarrollo (71,94).

Como proceso único, particular e irrepitable, la salud familiar, tal y como exponen Domínguez-Nariño *et al.* (2012), está determinada por su legado genético, psicológico, socio-histórico y cultural (97).

González (2000) respecto a la *salud familiar* planteó que esta es un proceso continuo y dinámico, único e irrepitable para cada familiar, tiene un origen multicausal y no es la suma de la salud individual (94).

Por su parte, Horwitz *et al.* (1985) destacaron cinco componentes elementales inherentes a la salud familiar (6):

- ∞ Adaptabilidad, en términos de utilización de recursos para resolver crisis.
- ∞ Participación, capacidad para compartir y cooperar.
- ∞ Gradiente de crecimiento, superación de las distintas etapas de desarrollo del ciclo vital permitiendo la individualización y separación de los miembros.
- ∞ Afecto, expresión de emociones de amor, pena, rabia...
- ∞ Resolución, combinación y aplicación de los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos entre cada miembro de la familia.

A partir de estos elementos puede evaluarse el funcionamiento de la familia mediante una prueba psicométrica conocida con la denominación de Apgar familiar en la que un miembro de la familia puede indicar su nivel de satisfacción en relación con su vida familiar (71).

La salud familiar, tal y como se ha comentado con anterioridad, presenta un origen multicausal, interrelacionando factores personales biopsicosociales, factores del grupo familiar (ciclo vital, estructura, funcionamiento...) y factores sociológicos (condiciones de vida) (94). Se destacan variables socioeconómicas y culturales, psicosociales, estructura y funcionamiento familiar, los recursos y potencialidades de la familia, de la propia salud de sus miembros, del estilo de vida de la familia y del modo de vida de la sociedad (71,94).

Lima *et al.* (citada por Martínez-Montilla *et al.*, 2017), explicaban que la Salud Familiar engloba dimensiones fundamentales, clima social familiar, integridad familiar, funcionamiento familiar, resistencia familiar y afrontamiento (95).

Respecto al afrontamiento familiar cabe destacar que este hace referencia a la capacidad de la familia para hacer frente y buscar soluciones ante la aparición de diferentes acontecimientos estresantes (95).

Entre otros aspectos ya reseñados, influyen en la familia determinadas vivencias y conflictos relacionados con las etapas del ciclo vital o situacionales, eventos de salud nocivos como la enfermedad que actúa como un proceso colectivo y la desigualdad de género, siendo necesario promover la igualdad entre mujeres y hombres para proteger la salud de todos.

Por su parte, Herrera (2021) describió los factores de riesgo para la salud familiar a modo de acontecimientos vitales significativos: el matrimonio, traslado y mudanza, embarazo y primer parto, independencia hijos, jubilación, senectud. A estos acontecimientos se le pueden añadir otros que perturban la armonía y el clima familiar (*paranormativos*) entre los que puede darse una inapropiada distribución de roles, embarazo en la adolescencia, infertilidad, discusiones, infidelidades, drogodependencias o adicciones, muerte prematura de los hijos, separación/divorcio, hospitalización, enfermedades terminales (60).

Estos acontecimientos fueron clasificados por Arés (2002) del siguiente modo (60):

- ∞ Transicionales por cambios evolutivos (escolarización, adolescencia, jubilación)
- ∞ Por inclusión (nacimiento, matrimonio, nuevos miembros en la familia)
- ∞ Transicionales por pérdida (divorcio, muerte, salida algún miembro de la familia)
- ∞ Transicionales por impactos sociales (accidentes naturales, cambios sociales).

En el enfoque de la Salud Positiva, resulta especialmente interesante potenciar todas las estrategias de afrontamiento familiar para fortalecer y mantener recursos que permitan dinámicas adaptativas mediante la comunicación, la organización, los vínculos y el fomento de la percepción de autoeficacia, o autoestima positiva (95) . La familia puede generar un contexto apropiado para adaptarse a diferentes circunstancias, posibilitando la participación y la ayuda mutua entre sus miembros.

Se considera que la familia es funcional cuando propicia la solución de problemas y la satisfacción de las necesidades individuales y de grupo ante las crisis (94). En esta situación la familia ofrece oportunidades para el aprendizaje de autocuidados y presenta una dinámica de funcionamiento satisfactoria, resiliente, actuando como factor promotor de la salud. Por el contrario, familias con dinámicas disfuncionales en la resolución de las crisis pueden convertirse en factores de riesgo precipitantes de nuevas necesidades y problemas de salud (45).

A nivel mundial, desde diferentes políticas sociosanitarias, se reconoce como prioritaria la necesidad de contextos familiares saludables (21). La atención a la familia, desde un modelo de Salud Familiar y Comunitario, resulta por tanto imprescindible.

En la atención a la familia parece conveniente fomentar la *salud familiar* desde el modelo de Salud Positiva, identificando activos de salud y factores riesgo, teniendo a su vez en consideración que la aparición de problemas de salud familiar repercutirá de manera significativa en la salud de la familia como grupo y, a su vez, de manera particular en cada integrante (94). Este aspecto es especialmente determinante para el bienestar, la salud y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes en las primeras etapas de la vida.

Una familia saludable promueve la salud de sus miembros (94), este concepto es utilizado por distintos autores para describir la salud familiar y hace referencia a la presencia de salud física y mental, integración estructural, funcional, psicodinámica, semántica y ecológica entre los miembros de la familia y el ambiente (45).

Spradley (1981), citado por Novel *et al.* (2007) definía seis características de las familias sanas (48):

- ∞ Interacción positiva entre sus miembros
- ∞ Autonomía, crecimiento e individualidad
- ∞ Organización de roles familiares
- ∞ Afrontamiento y adaptación flexible a las situaciones
- ∞ Estilos de vida saludables y condiciones higiénicas en el hogar
- ∞ Comunicación y relación en el contexto de la comunidad

En conclusión, y rescatando las aportaciones de González *et al.* (2000), *la salud familiar se expresa en la satisfacción y en el bienestar de los miembros con la familia, con una intimidad respetuosa, donde prime el respeto al derecho individual, se potencie la autodeterminación, la responsabilidad de sí mismo y para con la familia, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa del ciclo evolutivo, en la capacidad de enfrentar de modo eficiente y adecuado los problemas y conflictos de la vida cotidiana, apoyándose mutuamente, para asumir los cambios y ajustarse a ellos (94).*

Promoción del Bienestar y la Salud en las primeras etapas de la vida

Aspiramos a un mundo donde los niños y los adolescentes gocen de los niveles más elevados posibles de salud y desarrollo, un mundo que satisfaga sus necesidades y que respete, proteja y realice sus derechos, permitiéndoles que aprovechen al máximo sus posibilidades.

OMS

A nivel internacional, los progresos y avances realizados en estas dos últimas décadas respecto al valor y la consideración de los niños, niñas y adolescentes han sido ingentes, esto es así, a pesar de persistir graves desigualdades entre países, regiones y diferentes culturas del mundo, incluso algunas de ellas, aún en pleno siglo XXI, puede afirmarse que atentan y comprometen los Derechos Humanos fundamentales.

Afortunadamente, un número considerable de países han demostrado una mayor sensibilidad hacia la infancia y la adolescencia y han implementado políticas que promueven el bienestar y el desarrollo en condiciones más favorables.

En el sentido de esta investigación, a tenor del artículo 1 de la CDN *se entiende como niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad* (3). Esta definición viene de igual manera reconocida en el artículo 12 de la Constitución Española.

Por tanto, cada vez que se utilice la denominación *niño* incluirá todas las etapas del ciclo vital comprendidas desde el nacimiento hasta la adolescencia, véase: antes y alrededor del nacimiento (neonato), primer año de vida (lactante), primera infancia (preescolar), infancia tardía (hasta los diez años) y adolescencia (hasta los 19 años) (21).

De igual modo que figura en el PENIA, las menciones genéricas en masculino se entenderán referidas al correspondiente femenino (6). No obstante, se intentará utilizar en la medida de las posibilidades y sin entrar en redundancias innecesarias lenguaje inclusivo e igualitario.

Se parte de la máxima de reconocer a los menores de edad como agentes sociales activos y creativos con influencia y contribución directa a la sociedad (11).

Derechos de los Niños y Políticas de Atención a la Infancia y la Adolescencia

Las primeras consideraciones respecto a la infancia se remontan al año 1923, enunciadas por Eglantyne Jebb y aprobadas en la Sociedad de Naciones. En la Declaración de Ginebra, celebrada en 1924, se promulgaron por primera vez los Derechos del Niño.

A pesar de estos avances, desde el Consejo de Europa, principal organización de derechos compuesto por 47 estados miembros, 28 pertenecientes a la Unión Europea, no se realiza mención expresa a los derechos del niño en la Convención Europea para la Protección de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (1943) hasta 1984. En el otro tratado principal del Consejo Europa, véase la Carta Social Europea, sí figuran disposiciones específicas relativas a los derechos de los niños, principalmente las relacionadas con el derecho a la protección en el lugar de trabajo y la vulnerabilidad económica y social.

En 1959 la Asamblea General adoptó la Declaración de los Derechos del Niño, reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (6).

Con la aprobación por parte de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas de la Convención sobre los Derechos del Niño el 20 de Noviembre de 1989, como tratado Internacional de Derechos Humanos, se incorporaron estos al marco jurídico de los países miembro en pro del Buen trato en la Infancia (47). España ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño el 6 de Diciembre de 1990 (6).

Desde la CDN se reconoce que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales, puesto que *el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento* (3).

De manera resumida, la ratificación de la Declaración de los Derechos del Niño por parte de los diferentes estados obliga a estos a promover acciones que garanticen (3):

- ∞ El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo del niño, a disfrutar del más alto nivel posible de salud y acceso a servicios sanitarios, derecho a la educación, nivel de vida adecuado para su desarrollo, derecho al juego, a la recuperación y la integración social.
- ∞ El derecho a preservar su identidad y privacidad.
- ∞ La protección contra el maltrato, el abuso y el trabajo de menores.

Este tratado se convierte en imprescindible debido a que, aunque muchos países contaban con legislación específica para la protección y dignificación de la infancia, no siempre se respetaba esta y aparecían, tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo, consecuencias desfavorables para la infancia: pobreza, abandono, explotación, violencia, acceso desigual educación...

Además, la declaración es firme defensora de la igualdad en toda su trascendencia. A pesar de referirse constantemente al menor desde el sustantivo masculino “Niño”, se hace explícito que el término engloba a todos los seres humanos menores de dieciocho años, incluyéndose las etapas de la vida tanto de la infancia como de la adolescencia, indistintamente del sexo, raza, color, idioma, religión, posición económica, opinión política, impedimento físico o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales (6).

Dentro de las obligaciones de los Estados Firmantes se destaca la implementación de las medidas necesarias para dar efectividad a todos los derechos reconocidos en la Convención, contribuyendo de este modo a que los niños y las niñas puedan resolver sus necesidades básicas y amplíen sus oportunidades a fin de que alcancen su pleno potencial.

En este sentido, en la CDN se reconoce la responsabilidad por parte del Estado de (3):

- ∞ Adoptar medidas para dar efectividad a los derechos reconocidos
- ∞ Respetar responsabilidades y derechos de las figuras parentales
- ∞ Promover el derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del niño
- ∞ Preservar identidad y privacidad
- ∞ Respetar opinión y libre expresión
- ∞ Promover la protección contra malos tratos y abusos

En citada CDN el artículo 18 es especialmente determinante para este estudio, citándose de manera textual (3):

Artículo 18

1. Los Estados Partes pondrán el máximo empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta

a la crianza y el desarrollo del niño. Incumbirá a los padres, o en su caso, a los representantes legales la responsabilidad primordial de la crianza y el desarrollo del niño. Su preocupación fundamental será el interés superior del niño.

2. A los efectos de garantizar y promover los derechos enunciados en la presente Convención, los Estados Partes prestarán la asistencia apropiada a los padres y a los representantes legales para el desempeño de sus funciones en lo que respecta a la crianza del niño y velarán por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños.

De manera progresiva se transforma el pensamiento de las diferentes sociedades y el modo de entender a los y las menores, considerando su valor en sí mismo, sus derechos y su trascendencia en el desarrollo de la humanidad. De igual manera, se reconoce la vulnerabilidad asociada a estas etapas de desarrollo, desde un enfoque de protección positiva, empoderando a la mayor autonomía, autodeterminación, y el desarrollo del máximo potencial frente una atención paternalista, sobreprotectora o limitante.

La ratificación realizada por el Plan de Acción de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia muestra de manera fehaciente el espíritu de la Convención de los Derechos del Niño debido a que incide en que *no hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien dependen la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana*. La Convención ofrece un marco ideal para la salud, la supervivencia y el progreso de toda la sociedad humana, reconociendo al menor el derecho al pleno desarrollo físico, mental y social, así como a la expresión de sus opiniones (3).

Desde el Consejo Europa, se impulsó el Convenio Europeo sobre el Ejercicio de los Derechos de los Niños (1996). En él, se reconoce el derecho de los niños a recibir información y a transmitir su opinión. Además se enfatiza la importancia de las figuras parentales en la protección de los menores, instando a los Estados a generar condiciones que garanticen la protección de la infancia (98).

Más recientemente, en el año 2006, también propiciado por el Consejo de Europa, se propuso el programa *Construir una Europa para y con los niños* con el propósito de

desarrollar estrategias que promovieran los derechos del niño y la protección contra la violencia (99).

Desde la OMS, en plena sintonía con este espíritu de reconocimiento de la infancia y la adolescencia, se publica en el año 2006 un documento marco con orientaciones estratégicas de atención en la infancia del que se extrae literalmente la siguiente afirmación especialmente ilustrativa: *Aspiramos a un mundo donde los niños y los adolescentes gocen de los niveles más elevados posibles de salud y desarrollo, un mundo que satisfaga sus necesidades y que respete, proteja y realice sus derechos, permitiéndoles que aprovechen al máximo sus posibilidades* (6).

En el año 2011 el Comité de Ministros del Consejo de Europa establece la Agenda de la Unión Europea en pro de los Derechos del Niño (2011) y se publica la Estrategia sobre los Derechos del Niño del Consejo de Europa (2012-2015) (4).

En la actualidad se encuentra vigente la segunda edición que abarca el periodo temporal comprendido entre los años 2016 y 2021 focalizando las áreas prioritarias de atención en garantizar a todos los niños derechos, igualdad de oportunidades, participación, vida libre de violencia, justicia favorable y derechos en el entorno digital (4). Describe una visión global de los retos de esta etapa:

- ∞ Pobreza, inequidad y exclusión
- ∞ Violencia
- ∞ Un sistema judicial hecho para adultos
- ∞ Retos que han de afrontar las familias y los padres
- ∞ Racismo, discursos del odio y radicalización
- ∞ Crecer en un mundo digital
- ∞ Migración
- ∞ Igualdad de oportunidades para todos los niños

En España, en la Constitución de 1978 se reconocen principios fundamentales para la protección de menores y familias. Así puede desprenderse del artículo 39 que dice textualmente *Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia. Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los*

hijos, iguales estos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil (5).

Ratificada la Convención de los Derechos del Niño en el año 1990, se desarrolló la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, modificada con posterioridad en el año 2015 mediante la Ley 8/2015 y Ley 26/2015 de 28 de junio de modificación del sistema de protección de la infancia y la adolescencia (100–102).

Dentro del marco competencial de cada Comunidad Autónoma también se han incorporado diferentes textos legislativos que desarrollan y detallan de manera más específica la regulación de la protección de los menores. En el momento actual se está debatiendo en el Congreso de los Diputados el Proyecto de Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

En el año 2006, como respuesta a una recomendación del Comité de los Derechos del Niño de 2002, se promulgó el *I Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia* (PENIA) prorrogado hasta 2010, orientando sus acciones hacia la infancia normalizada, menores en situación de riesgo y desamparo e incorporando perspectiva de género y participación infantil (6). En 2010 se lanzó el *III Plan de Acción contra la Explotación Sexual de la Infancia y la Adolescencia* (103).

A pesar de los avances, el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas instó nuevamente a España en 2010 a *redoblar esfuerzos*, en especial para atender a las figuras parentales en el ejercicio de sus responsabilidades relacionadas con la crianza, sobre todo en familias en situaciones de crisis debido a la pobreza, la falta de vivienda adecuada y la separación, así como también le recomendó la implementación de políticas específicas para la promoción de la salud mental infantil desde la escuela y la atención primaria y la atención por equipos especializados (6).

Posteriormente se redactó el II PENIA (2013-2016), el que respondía a las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño. Los principios básicos se sustentan en (6):

- ∞ Principio de interés superior de del niño
- ∞ Principio de no discriminación

- ∞ Garantizar el derecho fundamental del niño a la vida y al desarrollo pleno de sus potencialidades
- ∞ Derecho a la educación
- ∞ Principio de participación

Entre sus objetivos se destacan, en relación con la pertinencia de este estudio, los siguientes (6):

- ∞ Promover el conocimiento de la situación de la infancia y la adolescencia, el impacto de las políticas de infancia, sensibilizar a la población general y movilizar a los agentes sociales (objetivo 1).
- ∞ Avanzar en la promoción de políticas de apoyo a las familias en el ejercicio de sus responsabilidades en el cuidado, la educación y el desarrollo integral de los niños, y facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar (objetivo 2).
- ∞ Impulsar los derechos y la protección de la infancia con relación a los medios de comunicación y a las tecnologías de la información en general (objetivo 3).
- ∞ Potenciar la atención e intervención social a la infancia y adolescencia en situación de riesgo, desprotección, discapacidad y/o en situación de exclusión social, estableciendo criterios compartidos de calidad y prácticas susceptibles de evaluación (objetivo 4).
- ∞ Intensificar las actuaciones preventivas y de rehabilitación en colectivos de infancia y adolescencia ante situaciones de conflicto social (objetivo 5).
- ∞ Garantizar una educación de calidad para todos caracterizada por la formación en valores, la atención a la diversidad, el avance en la igualdad de oportunidades, la interculturalidad, el respeto a las minorías, la promoción de la equidad y la compensación de desigualdades, favoreciendo, mediante una atención continuada, el desarrollo de las potencialidades de la infancia desde los primeros años de vida (objetivo 6).
- ∞ Promover acciones para alcanzar el máximo desarrollo de los derechos a la salud de la infancia y la adolescencia, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, dando prioridad a las poblaciones más vulnerables (objetivo 7).
- ∞ Promover la participación infantil, favoreciendo entornos medioambientales y sociales apropiados que permitan el desarrollo adecuado de sus capacidades, defendiendo el derecho al juego, al ocio, al tiempo libre en igualdad de

oportunidades, en entornos seguros y promoviendo el consumo responsable, tanto en las zonas urbanas como en las rurales en aras de un desarrollo sostenible.

Como medidas orientadas a conseguir, tanto el primer como el segundo objetivo del PENIA, se encuentra la sensibilización y promoción de la parentalidad positiva y fomentar el impulso del ejercicio positivo de las responsabilidades familiares. En relación con el objetivo séptimo la protección y promoción de la salud y la prevención de enfermedades correlacionan el enfoque salutogénico y el modelo de atención a la *salud familiar*.

Además, en el Plan se persigue, entre otros aspectos, la igualdad de oportunidades en materia de género, que ningún niño viva por debajo del umbral de pobreza, el fortalecimiento del sistema de prestaciones familiares, así como la atención a poblaciones especiales, como menores de 15 años con alguna discapacidad, raza gitana.

Según se pone de manifiesto debiera prestarse un apoyo a las familias para facilitar la conciliación familiar y laboral, así como un apoyo adicional a niños, niñas y adolescentes como a familias con especiales necesidades (6).

Por un lado, niños con especiales necesidades son aquellos que se encuentran en acogida residencial, acogimiento familiar, acogimiento familiar judicial, los que provienen de adopciones nacionales e internacionales, aquellos que no están teniendo la oportunidad de crecer en una familia, adolescentes no acompañados, sin representación legal o con trastornos de conducta, niños nacidos de madres menores o en situación vulnerable por motivos de género. Familias con especiales necesidades podrían ser familias adolescentes, monoparentales, numerosas, cuyos padres están desempleados, separados/divorciados, problemas de vivienda, violencia de género, entre otras familias que pudieran considerarse en riesgo (6).

En España, de manera complementaria al PENIA, se ha puesto en marcha el *Observatorio de la Infancia* y se han promovido, para fomentar la participación de la infancia, las *Ciudades Amigas de la Infancia* a propuesta de UNICEF, así como se han desarrollado

planes estratégicos en las diferentes comunidades autónomas que se orientan hacia la mejora de la protección y la atención a los menores.

Desde la OMS se defiende la atención infanto-juvenil desde un enfoque de Salud Pública, fomentando ambientes saludables, incluidas familias sanas, fomentando factores de protección y contrarrestando factores de riesgo, apostando por políticas capacitadoras.

Según las aportaciones de Barrett (2003), referenciado en el informe técnico *La Parentalidad en la Europa Contemporánea: Un enfoque positivo*, los principales factores de protección identificados que pueden influir en la promoción del bienestar y el desarrollo en las primeras etapas de la vida son (11):

- ∞ **Relativos al niño:** orden de nacimiento (primero), integridad del sistema nervioso central, buena salud física, buena imagen de sí mismo, capacidad de adaptación a diferentes personas, buena persona/afectuoso, orientación social positiva, buenas habilidades sociales, buenas capacidades para resolución de problemas, buenas relaciones con uno de sus padres, ausencia de malos hábitos (crisis de cólera, mala alimentación, alteraciones del sueño), capacidades anticipadas de esfuerzos individuales, elevado coeficiente intelectual, gran actividad (aunque no hiperactivo), centros de interés y aficiones particulares, o talentos, deseo de mejorar, voluntad de triunfar, capacidades sensomotrices y perceptivas adaptadas a la edad.
- ∞ **Del entorno:** cuatro niños o menos, con una diferencia de edad de dos o más años, mucha atención prestada al bebé en su primer año, relación positiva padres-hijo en la primera infancia, cuidado del niño por otras personas además de la madre, cuidado del niño por hermanos y abuelos, red de ayuda social (familia extensa/comunidad), buena relación con la escuela, madre con empleo estable fuera del hogar acceso a servicios especiales (servicios sociales/educativos/de salud), estructuras y reglas en el hogar), relaciones estrechas y de ayuda con iguales no delincuentes, religión.

Por el contrario, este autor considera factores de riesgo los siguientes (11):

- ∞ **Al nacer:** pobreza crónica, madres poco instruidas, complicaciones perinatales de moderadas a graves, bajo peso al nacer, retrasos o irregularidades en el desarrollo, anomalías generales, psicopatología, patología, criminalidad

parental, educación de la familia de los padres, capacidad/incapacidad intelectual, temperamento difícil.

- ∞ **Relativos al niño:** sexo masculino, problemas de atención/concentración, excesiva asunción de riesgos, falta de autocontrol/impulsividad, aparición precoz de un comportamiento violento/agresivo.
- ∞ **Del entorno:** mala organización de la colectividad, tasa de criminalidad elevada, ocasiones de cometer delitos, poca vigilancia parental, disciplina parental irregular, grupo de iguales delincuentes en la adolescencia.
- ∞ **Factores de estrés:** separación prolongada del cuidador principal del niño durante el primer año, nacimiento de hermanos pequeños en los dos años siguientes al primer año de referencia, enfermedades graves o crónicas de los niños, padres enfermos/enfermedad mental, padres alcohólicos/toxicómanos, hermanos con discapacidad o un problema de aprendizaje/de comportamiento, discordia/conflicto/violencia familiar crónicas, divorcio/separación de los padres, ausencia del padre, segundo matrimonio y aparición de un padrastro o de una madrastra, cambio de domicilio, hogar de acogimiento familiar, pérdida de empleo o empleo temporal de los padres, muerte de un hermano mayor o amigo cercano, embarazo en la adolescencia.

En conclusión, tal y como se recoge en las diferentes recomendaciones de la ONU, la OMS y UNICEF defienden que todas las acciones en pro de la infancia y la adolescencia han de orientarse a la finalidad de alcanzar el pleno potencial de niños, niñas y adolescentes, aspecto directamente vinculado con el concepto de salud (21).

En sinergia con todo lo anterior, se confirma que los anteriores Objetivos de Desarrollo para el Milenio, firmados en el año 2000, se alineaban con los Derechos de la Infancia (seis de los ocho objetivos se alcanzarían si se protegían derechos de la infancia, la educación, la protección y la igualdad) y los actualmente vigentes, Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, orientan hacia una mayor consolidación y cumplimiento de los Derechos de la Infancia (3).

Tal y como reconocen las políticas sociosanitarias, los efectos de invertir en la infancia trascienden al desarrollo de una sociedad y la prosperidad de las naciones, siendo esenciales para erradicar el círculo de la pobreza y reducir las desigualdades existentes

(6,21). Por tanto, las distintas naciones han de establecer dentro de sus prioridades la salud y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes.

En esta dirección, diversas son las razones que justifican la implementación de estrategias de mejora dirigidas a la protección y atención en las primeras etapas (21):

- ∞ Por un lado, la magnitud del fenómeno; niños, niñas y adolescentes representan casi el 40% de la población mundial (21), una cifra especialmente significativa.
- ∞ Los menores tienen derecho *per se* a estar sanos y felices para su alcanzar su mayor potencial, siendo importante cuidar salud y mejorar su calidad de vida.
- ∞ La atención recibida en las primeras etapas, en un sentido favorable o desfavorable, tiene un impacto directo en su bienestar inmediato presente pero también en su desarrollo ulterior. Según la OMS durante la infancia y la adolescencia se establecen los cimientos de la salud de la edad adulta y de la vejez.

Los niños, niñas y adolescentes han de ser reconocidos como población vulnerable (43) tanto por criterios de edad, crecimiento y de desarrollo, como por criterios de dependencia de cuidados, necesidad de protección y seguridad. Algunos niños, niñas y adolescentes son especialmente vulnerables en situaciones como por condición de padecimiento de una discapacidad, pobreza, conflicto armado, entornos de violencia y/o abuso, minorías étnicas, discriminación racial, niños refugiados, afectados por catástrofes naturales... (21).

Tal y como se ha reflejado con anterioridad, su bienestar repercute directamente en el desarrollo de la civilización, por tanto, se han de implementar estrategias de mejora dirigidas a la protección y atención en las primeras etapas desde un enfoque de Salud Pública, con anterioridad al nacimiento, generando condiciones óptimas que promuevan la salud y el bienestar de la madre y, por extensión, del sistema familiar (21).

De este modo lo reconoce la OMS, incluso dentro de las líneas estratégicas de mejora de la salud, insistiendo en la necesidad de abarcar la globalidad e integralidad del ciclo vital reconociéndolo como un proceso continuo desde el nacimiento, la infancia y la edad adulta. También desde la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS se considera la perspectiva del ciclo de vida y el efecto de los DSS en las distintas etapas de

desarrollo (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, edad adulta y ancianidad) (104).

La OMS apuesta por promover la salud y el desarrollo de los niños y adolescentes como proceso de Salud Pública dada su trascendencia en la salud de las generaciones futuras (91). Se destaca la importancia de promover la salud (salutogénesis) en las primeras etapas de la vida, puesto que esto permitirá adquirir aprendizajes (autocuidados) que permitan afrontar los retos de la vida y resultados más favorables en salud (34).

Las orientaciones estratégicas de la OMS en materia de salud y desarrollo apuestan por:

- ∞ Promover la salud, reducir factores de riesgo, la morbimortalidad y la discapacidad, en especial de poblaciones pobres y marginadas.
- ∞ Establecer entornos seguros y propicios en las familias, las escuelas y las comunidades, lo que implica modificaciones en el entorno físico y la reglamentación, capacitación de los padres y apoyo social a familias, posibilidad de acceso y calidad de educación.
- ∞ Formular políticas mundiales, regionales y nacionales y asegurar compromiso político.
- ∞ Aumentar la capacidad de respuesta ante las necesidades y la eficiencia de los sistemas de salud.

Todas estas medidas generarán activos de salud que actuarán, en buena lógica, como determinantes sociales de salud protectores del bienestar en las primeras etapas.

Dentro de los DSS de la infancia y la adolescencia se destacan factores genéticos, ambientales (familias, vivienda, condiciones de vida, entornos saludables, acceso educación, cultura, servicios y oportunidades de desarrollo), factores de índole económica (presencia de recursos o por el contrario déficits y pobreza) y factores del comportamiento (estilos de vida).

Algunos factores, según su naturaleza, actuarán como factores protectores de la salud mientras que otros lo harán como factores de riesgo y probable compromiso de la salud a futuro. Se recomienda establecer prioridades de investigación en esta línea (43).

En un sentido favorable se reconoce que el crecimiento físico y el desarrollo psicosocial son procesos fomentados en entornos familiares, escolares y sociales positivos (21). Entre ellos adquiere especial protagonismo la familia y la crianza, entendida esta como la *manera en que los niños son atendidos en el lugar y en su entorno* (105).

De igual manera, las condiciones de vida y la posición socioeconómica de las familias influyen de manera determinante en la salud de los niños: a menor gradiente social peor salud (7). Se reconoce la pobreza como un factor determinante de la salud de los niños y los adolescentes, aumentando la probabilidad de morir de niños menores de cinco años hasta seis veces más que los niños con nivel socioeconómico más alto (21).

La Convención de los Derechos del Niño afirma textualmente que *El niño para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión* (3). Familia y crianza se relacionan directamente con el ejercicio de la parentalidad, concepto sobre el cual se profundizará posteriormente.

Una base segura para vivir en el río de la vida, según lo postulado por Bowlby (1998), fomentando el apego y el estímulo del proceso de desarrollo en los primeros años de la vida puede ser determinante en la potencialidad del crecimiento y desarrollo vital saludable (34).

La base segura hace referencia a las relaciones parentales, que contribuyen a que los menores de edad se sientan miembros de una familia, desarrollen confianza, aprendan a gestionar sus emociones, desarrollen progresivamente independencia en un clima social y familiar satisfactorio (34).

En contraposición, otras circunstancias de índole negativa determinan de manera significativa la salud de los menores: el estrés familiar, los eventos significativos de la vida (cambio de domicilio, enfermedad crónica del progenitor), falta de apoyo o cohesión social, maltrato infantil, experiencias de abuso, consumo de alcohol y de otras sustancias en progenitores, etc. (21).

Debido a la complejidad de determinantes y desigualdades sociales es imposible enunciar un diagnóstico común de la salud en la infancia y la adolescencia de aplicación generalizada al panorama internacional. En cada territorio, la experiencia de salud y las necesidades emergentes vinculadas son diferentes en concordancia con la complejidad de factores influyentes.

En el año 2006, la OMS realizó un análisis de la situación internacional de la infancia y publicó las *Orientaciones Estratégicas para mejorar la salud de los niños y adolescentes* en las cuales se destaca la necesidad de priorizar sobre varias áreas de acción determinantes del desarrollo biopsicosocial en la infancia y la adolescencia, siendo estas (21):

- ∞ Salud de la madre y el recién nacido
- ∞ Nutrición
- ∞ Enfermedades transmisibles
- ∞ Lesiones y violencia
- ∞ Entorno físico
- ∞ Salud del Adolescente
- ∞ Desarrollo psicosocial y salud mental.

En estas orientaciones para la atención a la infancia y adolescentes se le otorga especial reconocimiento a la condición de algún tipo de discapacidad, actualmente denominada *diversidad funcional*, puesto que los datos epidemiológicos demuestran que uno de cada diez niños se encuentra en esta situación. La etiología de la discapacidad infantil se relaciona en la mayoría de los casos con nacimientos prematuros, malnutrición, infecciones, traumatismos, desatención y falta de estimulación infantil (21).

En septiembre de 2010 también desde la OMS se puso en marcha la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y Adolescente* con el propósito de promover que la comunidad internacional contribuyera a salvar la vida y mejorar el bienestar de las mujeres y los niños (8).

La Estrategia fue actualizada en 2015 para el periodo 2016-2030, caminando en paralelo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030 con tres objetivos

fundamentales: sobrevivir (poner fin a la mortalidad prevenible), prosperar (lograr la salud y el bienestar) y transformar (ampliar los entornos propicios). En ella existe una especial concienciación por el desarrollo sostenible y la erradicación de las inequidades, otorgándose por primera vez el protagonismo que merecen los y las adolescentes de manera explícita (8).

En este documento marco se parte de una realidad claramente mejorable puesto que las estadísticas reflejan que existe un número considerable prevenible de fallecimientos, así como serios problemas de accesibilidad a servicios sanitarios de calidad y a educación, agua y aire no contaminados, saneamiento adecuado y buena nutrición, experiencias de violencia y discriminación (8). Para contrarrestar estos problemas se proponen intervenciones dirigidas a las siguientes áreas de acción (8):

- ∞ Reforzar el liderazgo en los países, promover la acción colectiva
- ∞ Mejorar la financiación en salud
- ∞ Promover la resiliencia de los sistemas sanitarios: calidad asistencial, atención emergencias, cobertura sanitaria universal
- ∞ Reforzar el potencial de las personas
- ∞ Estimular la participación de la comunidad
- ∞ Impulsar la acción multisectorial
- ∞ Crear entornos humanistas
- ∞ Incrementar la investigación y la innovación
- ∞ Potenciar la transparencia y la rendición de cuentas

Situación actual de la infancia y la adolescencia en España

Una vez expuesto el estado actual del tema en relación con la infancia y la adolescencia, procede contextualizar la situación en España.

En este sentido, cabe destacar que, a pesar de existir una política favorable a la protección y el desarrollo en las primeras etapas, quedan retos por alcanzar tal y como establece el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia.

Entre estos retos se destaca la necesidad de mejorar los sistemas de acceso a datos e información específica sobre el estado actual de la infancia y la adolescencia en España.

En el momento actual, la información se encuentra disgregada y en cierto modo desactualizada en diversas fuentes, constituyendo su recopilación y síntesis un proceso complejo.

Las principales fuentes de información son el Instituto Nacional de Estadística, UNICEF, el Observatorio de la Infancia, las diferentes sociedades científicas, así como los documentos marco generados.

En el momento actual, el reconocimiento de la infancia y la adolescencia es considerablemente superior al de otras épocas. Niños, niñas y adolescentes son considerados sujetos de pleno derecho y agentes sociales activos y creativos claves en los procesos de desarrollo y transformación social. En la sociedad española prima el interés superior del niño, comprometiéndose el Estado de derecho, desde la Constitución Española, a propiciar las mejores condiciones para su crecimiento y desarrollo.

Los datos sociodemográficos recogidos en el último Censo de Poblaciones y Viviendas publicado por el INE en el año 2011, ponen de manifiesto que la población entre 0-14 años superaba los 7 millones de personas, presentando una distribución por edad y sexo homogénea y localizándose un mayor porcentaje de población infantil en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, y en la Región de Murcia, Andalucía, Cataluña y Castilla-La Mancha (7,106).

A este número habría que añadirle los datos correspondientes a la población adolescente, con la dificultad sobreañadida de a qué edad se establecería el límite de la etapa de la adolescencia. Según datos del PENIA II, la población infanto-juvenil representaba en 2011 el 17,83% de la población española y se recuerda que en los últimos años el número de niños nacidos en el extranjero, ha aumentado de manera considerable, pasando del 4% en 2001 al 11% en 2011 (6).

En España cada vez nacen menos niños y la tendencia demográfica evidencia el envejecimiento poblacional aspecto que queda reflejado en la pirámide de población representada en la Figura 9 que se muestra a continuación. El descenso poblacional es

menos acentuado gracias principalmente a las migraciones y a los procesos de adopción internacional²(107).

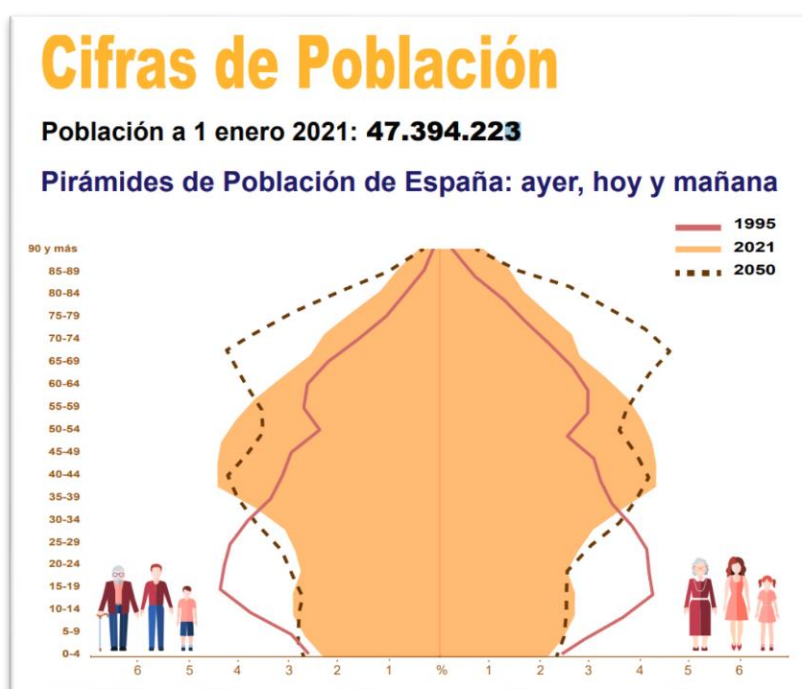


Figura 9. Pirámides de Población de España: ayer, hoy y mañana

Fuente: Instituto Geográfico Nacional de Estadística. Cifras de población, proyecciones de población INE- España. 2021. Disponible en: https://www.ine.es/infografias/infografia_dia_poblacion.pdf

En España, la mayoría de los niños, niñas y adolescentes viven en el seno de una familia, conviviendo con su padre y su madre (6), aunque se hace evidente un número relevante de familias monoparentales y cada vez más familias reconstituidas resultado de los cambios acontecidos en la estructura y dinámica familiar. Un número representativo de niños y niñas se encuentra en situación de acogimiento familiar o en régimen de tutela por parte de la Administración y el Estado.

El tamaño medio del hogar ha disminuido según la Encuesta Continua de Hogares 2020 en comparación con décadas pasadas (2,5 integrantes), aunque se mantiene igual que el año anterior (75). Según se describe en la Encuesta de Fecundidad realizada en 2018, las familias tienen menos hijos de los deseados debido fundamentalmente al retraso en el nacimiento, las dificultades económicas y de conciliación laboral. Se destaca que el

² España se encontraba en la primera posición respecto al número de adopciones internacionales hasta 2004 (PENIA II).

79,2% de las mujeres entre 25-29 años no ha tenido hijos y una de cada dos recibe ayuda de abuelos u otros familiares para el cuidado de los hijos (79).

En España los niños y las niñas tienen derecho a la Educación Obligatoria desde los tres años hasta los dieciséis. Según el informe realizado por UNICEF en 2016 *Bienestar Infantil en España*, la tasa de abandono educativo prematuro es la mayor de Europa, 19,3% respecto a la media de la Unión Europea que se sitúa en 10,7%, aunque en los últimos años la tasa ha decrecido considerablemente como puede observarse en la Figura 10 (108). Los datos muestran que la inversión en educación (3,7% del PIB) es menor que la media europea (4,7%) (108).

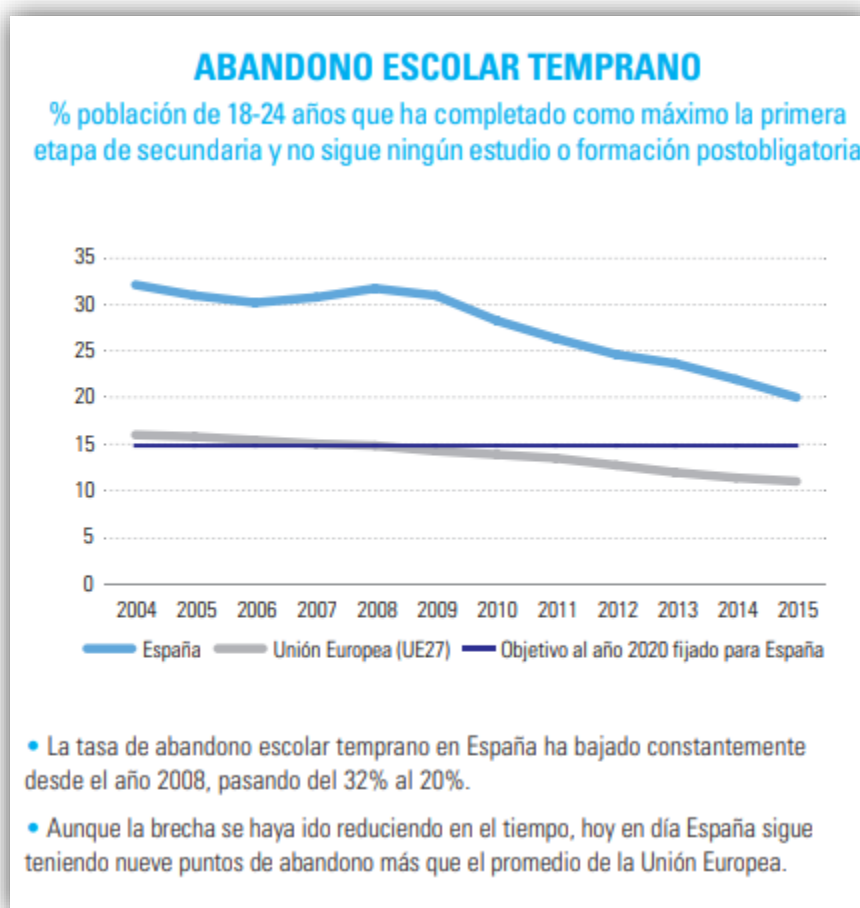


Figura 10. Tasa abandono escolar temprano.

Fuente: United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). *Bienestar infantil en España 2016. Indicadores básicos sobre la situación de los niños y las niñas en nuestro país* [Internet]. 2016 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/recursos/Bienestar-Infantil-en-Espana-2016.pdf?ac=AC-4340>

En relación con la salud según la *Encuesta Nacional de Salud* (ENE) de 2011, la salud percibida por niños, niñas y adolescentes es descrita como *muy buena* o *buena* en un porcentaje elevado, 54,7% y 36,8% respectivamente (109). Según datos de UNICEF, la percepción sobre calidad y estado de salud verbalizada por población adolescente mejoró hasta 2010 decreciendo en 2014, probablemente en relación con la crisis socioeconómica (109).

En los últimos años se ha reforzado la atención y los cuidados en la etapa perinatal respecto a la planificación familiar, el seguimiento de la mujer durante el embarazo y del niño, tanto en el nacimiento como en su crecimiento y desarrollo (*screening neonatal*, programa atención al niño sano, calendario vacunal). Intervenir parece ser clave para la prevención de malformaciones congénitas, el bajo peso al nacer o la prematuridad (7).

Además, se han incorporado programas que fomentan la crianza basada en el apego (vínculo materno-filial) y la lactancia materna, aumentando lactancia materna y su mantenimiento a los seis meses en los últimos datos (108).

Según datos de la ENE, los problemas de salud crónicos más frecuentes descritos en población infanto-juvenil son las alergias, el asma, los trastornos de conducta y otros trastornos mentales entre los que se encuentra la ansiedad y la depresión (109).

Un número considerable de niños, niñas y adolescentes menores de quince años, 138.700, presentaban algún tipo de diversidad funcional según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia de 2008.

Existe preocupación por distintos estilos de vida y problemas de salud entre los que se encuentra el sedentarismo, el uso de pantallas y la obesidad.

El consumo de televisión, videojuegos, internet diariamente es habitual entre los niños habiendo aumentado la práctica de ejercicio físico en los últimos años (108). En la *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España* (ESTUDES) correspondiente a 2018-2019 el consumo de videojuegos ha ascendido en España al 82,2% en el último año (110).

La obesidad, consecuencia del alto sedentarismo en niños y niñas, se considera como un problema de salud que requiere intervención prioritaria a pesar de haberse desarrollado desde el Ministerio de Sanidad una estrategia específica de actuación: la Estrategia NAOS en 2011 (111).

La magnitud del problema es elevada tanto en sobrepeso (2 de cada 10) como en obesidad (1 de cada 10). Se ha evidenciado un aumento de la magnitud del problema, la equiparación entre hombres y mujeres y la existencia de cifras más elevadas de obesidad y sobrepeso en edades cada vez más tempranas (108).

En relación con los indicadores sobre protección y seguridad destacar que disminuye la accidentalidad en menores de cuatro años y los fallecidos en accidentes de tráfico y empeoran los datos relativos al uso de preservativo en relaciones sexuales (108).

Según la ESTUDES las drogas consumidas en mayor medida son alcohol (75,9%), tabaco (35%) y cannabis. Cabe destacar que ha descendido el consumo de alcohol, pero han aumentado los patrones de consumo de riesgo (*binge drinking*). En relación al tabaco, ha aumentado con el consumo de cigarrillos electrónicos. La percepción del riesgo del cannabis es menor que el tabaco. Sin embargo, como dato positivo, ha disminuido el consumo de cocaína a mínimos históricos. El consumo de hipnosedantes asciende al 6,1% (110).

Los indicadores sanitarios reflejan que la mortalidad infantil ha descendido considerablemente en las últimas décadas. Según se recoge en la ENS, la mortalidad en niños según la edad se relaciona con diferentes procesos (7):

- ∞ Menores de un año: problemas asociados al periodo perinatal y malformaciones congénitas
- ∞ Niños/as de entre 1 y 4 años: malformaciones congénitas, causas externas y tumores
- ∞ Niños/as entre 5 y 9 años: tumores, enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos,
- ∞ Pre-púberes y adolescentes entre 10-14 años: tumores, otras causas externas y enfermedades del sistema nervioso y órganos de la salud.

En relación con los principales DSS la pobreza en España tiene un impacto notable en la salud de los menores. En España, los datos de 2010 reflejan que más de uno de cada cuatro menores de 18 años vivían en hogares por debajo del umbral de la pobreza lo que representa un total de 2,2 millones de niños, niñas y adolescentes (7). En un informe posterior, UNICEF (2021 y 2013), muestra datos sobre el impacto de la crisis en los niños, evidenciándose un crecimiento de la pobreza crónica en la infancia y poniéndose de manifiesto que *hay más niños pobres y son más pobres* (112). En España más de 1 de cada 3 niños/as están en riesgo de pobreza o exclusión social (ARPE) (108).

En contraposición, el gasto social en protección familiar en España sigue siendo uno de los más bajos de la Unión Europea según puede compararse en la Figura 11 (6).

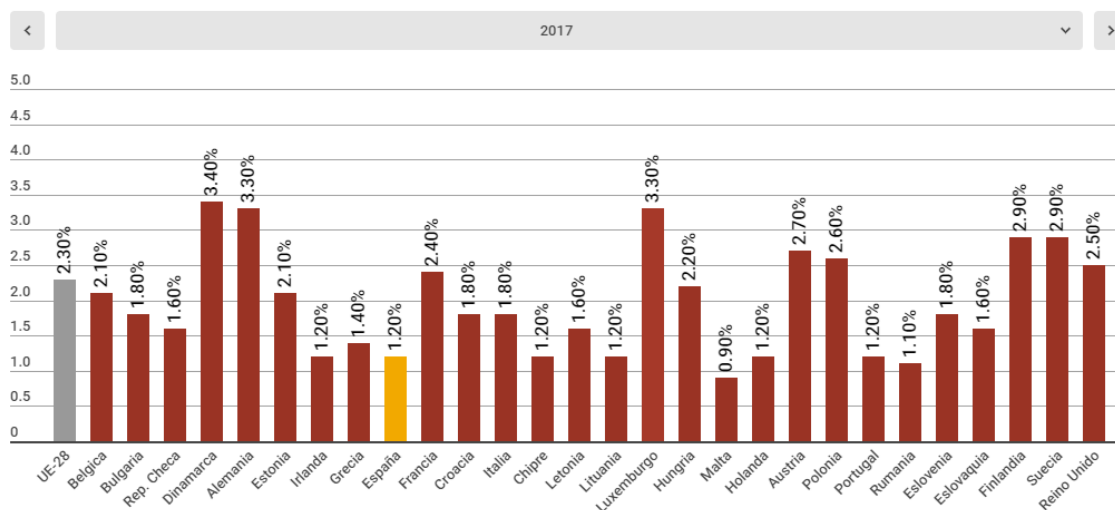


Figura 11. Gasto en protección social en la infancia en relación con el PIB.

Fuente: Eurostat. Save The Children. Porcentaje de gasto en protección social de la infancia en relación al PIB. 2017. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/barometro-infancia/gasto-proteccion-social>

Otro determinante clave de la salud es el impacto de la violencia en los contextos familiares o fuera del entorno familiar. Los menores, altamente vulnerables, precisan protección, debiéndose ser considerados como víctimas.

La violencia vertical (intrafamiliar) o entre iguales (acoso-*bullying*) y el abuso sexual son problemas de salud pública severos y escasamente visibilizados, existiendo datos que reflejan que los niños y las niñas sufren en mayor medida que los adultos delitos mucho más graves contra la libertad y la integridad sexual (108).

En definitiva, a tenor de estos datos, invertir en mejorar la salud y los estilos de vida en las primeras etapas de la vida ha de ser considerado como una prioridad requiriendo estrategias integrales e intersectoriales. En este sentido, la familia, el entorno educativo y el sistema sanitario adquieren especial protagonismo.

Parece también necesario en España reforzar y actualizar los datos relativos a la salud en la infancia y la adolescencia de manera periódica, conservando estos en sistemas de información que posibiliten un fondo documental suficiente, completo y de fácil acceso. El Observatorio de la Infancia ofrecía una oportunidad especialmente interesante.

Hacia una Parentalidad Positiva

Tener alegría y disponibilidad de tiempo y espacio para compartir con los hijos, estar pendientes de ellos, viéndoles crecer y desarrollándose

Guía Buen Trato

Según lo expuesto con anterioridad, el bienestar y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes se entiende como un proceso que conlleva las interacciones de estos con su entorno social, fundamentalmente en el contexto familiar (11).

Los y las menores precisan familias saludables, las que, entre sus funciones, estén las de satisfacer las necesidades básicas de cuidados, alimentación, educación, socialización (113).

En la familia contemporánea, la asunción de la parentalidad es una de las transiciones de desarrollo que genera grandes desafíos, tanto para las figuras parentales como para el resto de miembros de la familia, con repercusión evidente en el bienestar y la felicidad de niños, niñas y adolescentes (69).

Las personas responsables del cuidado parental, desde sus estilos de crianza, ostentan la responsabilidad de construir un entorno donde brinden apoyo para fomentar la educación y crianza en las primeras etapas de la vida y, de este modo, garantizar el bienestar (11,113).

Antropológicamente, la vida familiar y ejercicio parental representan dos fenómenos que evolucionan paralelamente, claramente influidos por el tejido cultural, social y económico del país, incluidos los cambios en los modelos y arquetipos familiares (11,114).

Crianza y Parentalidad

Dentro de las tareas de apoyo familiar se encuentra la crianza, entendida como la asunción de la responsabilidad de la educación y el cuidado de la prole (11).

La crianza es el entrenamiento y formación de los niños por los padres o por sustitutos de los padres. También se define como los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físico y social y las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar. La crianza del ser humano constituye *la primera historia de amor sobre la que se edifica en gran parte la identidad del niño y se construye el ser social* (115).

La manera en la que los progenitores o tutores legales desempeñaban estas funciones ha cambiado sustancialmente con el paso de la historia (116).

Dos Santos (2002) describió que, hasta finales del siglo XIX, la soberanía parental y el empleo del castigo era preponderantes en los límites del hogar; posteriormente se empezó a contemplar el bienestar del menor, asumiendo el Estado cierta responsabilidad e interviniendo en la esfera familiar a tenor del interés superior del menor. Desde finales del siglo XX, estando en vigor la CNUDN, suscrita por un número representativo de países, ha de prevalecer y se han de respetar los derechos de niños, niñas y adolescentes (11).

El respeto al menor se traduce en lo que se conoce como la cultura del *Buen Trato al Niño* y ha de hacerse extensivo a distintos escenarios, destacando el contexto familiar puesto que el buen trato y las buenas prácticas educativas influirán notablemente en la socialización y formación de la personalidad (47).

Niños, niñas y adolescentes merecen ser felices, tener alegría, sentir que se les escucha y reconoce, percibir confianza, comunicarse y compartir tiempo con las personas que les rodean (47).

A pesar de esta máxima, en la infancia y la adolescencia continúa existiendo situaciones de falta de consideración personal, contraviniendo derechos, evitando asumir responsabilidades, provocando maltrato y sufrimiento (47). Algunos progenitores o tutores legales a veces tienen dificultades para cuidar a sus hijos/as, o personas a su cargo, y, para algunos menores su ambiente familiar resulta inseguro (11).

En líneas generales, las necesidades en las primeras etapas de la vida están relacionadas con el cuidado de la salud, la educación, el desarrollo emocional y de comportamiento, la identidad, la socialización y la asunción progresiva de autonomía o capacidad para ocuparse de uno mismo (10).

En el contexto social actual, la crianza, o lo que socialmente se reconoce como la *educación de los hijos*, se convierte en una tarea que no puede realizarse solamente por instinto como se pensaba en el pasado, sino que, por el contrario, requiere de un proceso de formación y aprendizaje (117).

En términos científico-técnicos, para hacer referencia a los procesos de crianza se utiliza el término parentalidad. Desempeñar esta función y papel como figuras cuidadoras es lo que se conoce con el término *rol parental*.

La parentalidad no es una capacidad natural e innata, se construye a partir de las situaciones y experiencias cotidianas, no atiende a un proceso formativo académico (113). Según Mercer (2006) ha de entenderse como un proceso social y cognitivo, más que intuitivo (117).

En la literatura consultada se reconoce la parentalidad como una actividad exigente y compleja, difícilmente definible y delimitable (113,118); que integra cuidados, protección y educación (47), así como la relación afectiva y de apego (114). Las figuras parentales, para el ejercicio del rol, precisan de apoyo en mayor o menor grado (119).

La parentalidad viene determinada por numerosos factores socioculturales, económicos y políticos, así como por el devenir histórico de la visión de la familia y la infancia. De hecho, su popularidad y consideración en las diferentes sociedades y por la población no atiende a un punto de vista unánime (11).

Dada su influencia en el bienestar de hijos/as, desde los años 80 se ha aumentado considerablemente la investigación científica en este campo (46), representando, para diversos organismos y entidades internacionales, una preocupación importante la promoción de buenas prácticas en la crianza y prevenir consecuencias indeseables asociadas (47,113).

En el momento actual, predomina un paradigma cuyo enfoque incide en reconocer y aumentar los factores protectores, reconocer competencias, fortalezas, recursos y oportunidades, frente a focalizarse exclusivamente en factores de riesgo, limitaciones y deficiencias (11,113).

El concepto parentalidad, respecto a lo que se considera una *buena parentalidad* o una *infancia adecuada*, tiene asociado un marcado contenido normativo; no obstante, ha evolucionado de manera sustancial en las últimas tres décadas hacia un modelo más abierto y fluido que comporta un número escaso de normas o límites claramente definidos (11).

Los cambios sociales, culturales y económicos en la conceptualización de la familia, el reconocimiento de los derechos del niño y la promoción de la felicidad en ellos han modificado el modo en el que las figuras parentales han de desempeñar el rol de cuidadores (11).

En este sentido, y debido a que cada contexto familiar es específico y particular, no existe un modelo ideal del ejercicio de la parentalidad, debiéndose abandonar esta creencia y reconociéndose la autonomía y diversidad en los diferentes modelos parentales. Lo que sí parece oportuno es que las personas que ejercen el rol del cuidado parental reflexionen en profundidad sobre su desempeño y vida familiar (113).

Las figuras parentales no solo se ocuparán de mantener la salud y la seguridad desde sus responsabilidades, sino que intentarán proveer la mejor vida posible a los menores (120).

En la actualidad la parentalidad ha de ser entendida a partir de estas premisas (11):

- ∞ Engloba tanto a padres y madres biológicos como a aquellas personas que se encargan del cuidado y educación de los y las menores más allá del criterio de consanguinidad.
- ∞ Representa una etapa del proceso familiar, dinámica, plural, no estandarizable.
- ∞ Supone una vivencia particular que, a su vez, alcanza una consideración social y cultural influida por el momento histórico. Tanto la infancia como la parentalidad se ven afectados por valores y creencias sociales que suelen ponerse en controversia entre diferentes contextos sociales y en el de una misma sociedad.
- ∞ Ataña tanto a los padres o representantes legales como a los hijos, se han de valorar las necesidades y derechos de ambas partes desde el beneficio mutuo.

En la familia contemporánea, la transición a la parentalidad genera diferentes emociones y desafíos (121,122). El nacimiento de un hijo, especialmente el primero, transforma profundamente la vida de los progenitores (46).

Tal y como señalan Vásquez *et al.* (2016), la asunción del rol parental se constituye como *un importante momento de la etapa adulta para una gran parte de la población, ya que conlleva el desarrollo personal a través del cuidado y el apoyo al desarrollo de otros miembros de la sociedad, y concretamente de los hijos/as* (123).

Algunos estudios demuestran que existen diferencias de género significativas en la transición a la parentalidad (114,124). En ocasiones, a las personas que ejercen este rol se las posiciona en una polarización de funciones y género (124).

La influencia de la parentalidad en la salud y el desarrollo

Existe cierta controversia entre diferentes disciplinas respecto al impacto de los acontecimientos que se suceden en la primera infancia (125). Desde la Estrategia de Promoción de la Salud se defiende lo siguiente: *lo que ocurre en los primeros años de vida, comenzando en el embarazo, es clave para el desarrollo físico, cognitivo y emocional y tiene efectos a lo largo de toda la vida en muchos aspectos de la salud y el bienestar* (7).

De manera generalizada, se reconoce que la parentalidad el ejercicio del rol parental, así como el apoyo social/comunitario y el contexto cultural/societal, actúan como factores condicionantes de la salud en las primeras etapas de la vida (47).

Bronfenbrenner (1979), desde una perspectiva ecológica, reconoció que diversos factores intrapersonales influyen en el desarrollo psicosocial. Estas habilidades se adquieren o dependen de las interacciones con los cuidadores y cuidadores y el mediambiente fundamentalmente en las primeras etapas del ciclo vital (10).

El sistema parental, o en su defecto los tutores/representantes legales, tienen un efecto innegable en los hijos o menores a su cargo que incide en su crecimiento y desarrollo y en el clima familiar. De manera específica intervienen tanto la competencia parental como los sentimientos y percepción de autoeficacia por parte de las figuras parentales.

En función de su estadio de desarrollo, niños, niñas y adolescentes dependen de sus cuidadores para su supervivencia y el afrontamiento de los acontecimientos vitales, especialmente en los primeros momentos de la vida (125).

La relación establecida entre las figuras parentales y los hijos, así como el contexto familiar determina la salud y el óptimo crecimiento y desarrollo (125).

La evidencia científica relaciona el ejercicio de una parentalidad positiva con la supervivencia, la disminución de las tasas de morbimortalidad y las experiencias positivas de vinculación y apego que propician las bases de una salud mental positiva (122).

Además, pone de manifiesto que el buen trato y las buenas prácticas educativas en el contexto familiar son claves para la socialización, la autonomía y la formación de la personalidad en las primeras etapas de la vida (47).

En este sentido, la Teoría del Apego, desarrollada por Bowlby en la década de los ochenta, es especialmente ilustrativa, demostrando cómo influye el vínculo que se establece entre padres e hijos y la calidad de las relaciones (125–127).

El vínculo hace referencia a la interacción establecida entre personas, cada uno con sus características propias, orientada hacia la satisfacción de necesidades y la supervivencia. La vinculación afectiva o apego es la relación más temprana que se establece con el cuidador principal (127).

El apego establecido con las personas encargadas del cuidado en los primeros momentos o etapas de la vida a partir de las respuestas obtenidas en la interacción (seguro, ansioso/evitativo, ansioso/resistente, desorganizado), interviene en los procesos de regulación emocional y de socialización de los niños en las diferentes etapas de su desarrollo (127,128).

El apego seguro aparece cuando las figuras parentales son capaces de reconocer y reflejar las emociones de los niños, son experiencias sensibles, estabilizadoras, ayudando a estos a comprenderlas y calmarlos en momentos de angustia (128).

La desatención, la privación, la negligencia puede interferir en el desarrollo y aumenta la vulnerabilidad a experimentar problemas de salud, desajustes y experiencias de abuso, tanto a nivel físico como en el desarrollo neurológico y psicosocial (126,127).

En relación con los padecimientos físicos aumentan las enfermedades infecciosas, la respuesta inmunitaria es menor, pueden aparecer limitaciones en la alimentación y se incrementa el riesgo de mortalidad infantil sobre todo en el primer año de vida (22,127).

En lo que respecta a la salud mental crece la vulnerabilidad a experimentar ansiedad, alteraciones en la alimentación, conductas desadaptadas, retraso intelectual, entre otros trastornos (126,127).

Con todo lo anterior puede entenderse el valor asociado a la parentalidad. En definitiva, y siguiendo las aportaciones de la Recomendación del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva *los niños lo hacen todo mejor cuando sus padres se muestran cariñosos y comprensivos, pasan tiempo con ellos, conocen su vida y comprenden su conducta, esperan que cumplan las normas, les animan a comunicarse abiertamente y reaccionan a las malas conductas aplicando medidas adecuadas y explicaciones en lugar de castigos severos* (119).

A continuación, para la mejor comprensión de este fenómeno social, se realizará un análisis pormenorizado de la parentalidad como constructo teórico.

La parentalidad como concepto

La palabra parentalidad no se encuentra reconocida en el diccionario de la Real Academia Española, no obstante su uso en ciencias y en investigación es habitual habiéndose convertido un adjetivo en un sustantivo (83) .

Parentalidad proviene del latín *parentalis* (46). La Real Academia Española describe dos posibles acepciones del concepto. Como adjetivo hace referencia a aquello que es perteneciente o relativo a los padres o a los parientes. En su segunda acepción, como adjetivo relativo a aspectos biológicos, su significado es *que se refiere a uno o a ambos progenitores* (129).

Parentalis, terminología latina, quiere decir *propio de alguien que es parens*, participio del verbo *pario* relacionado con las palabras *parir* y *parto*, no relativo a *pater-patris*, *padre*. Por tanto, parental, ha de ser entendido como *propio de quien da a luz*, representando principalmente a la madre y secundariamente a la figura paterna (130).

Según la Recomendación del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva, el término *padres* hace referencia a las personas que con autoridad o responsabilidad parental (119).

El ejercicio de la parentalidad integra las funciones realizadas por padres/madres relacionadas con el cuidado y educación de los hijos, pudiendo ser desarrollado tanto por padres biológicos como por otras personas que ejerzan esta responsabilidad que comporta tanto derechos como obligaciones (119). Esta acepción es la escogida para este estudio.

Cabe destacar que el término parentalidad es un concepto relativamente reciente, en la literatura científica se desarrollaba principalmente el concepto de maternidad y crianza, muy condicionado por la influencia de género y cambios socioculturales (parejas homosexuales, familias monoparentales, equiparación de roles...). Otros conceptos relacionados que frecuentemente se vienen utilizando de manera indistinta son *paternidad*, *maternidad*, *maternaje* y *crianza*, no libres de matices socioculturales, susceptibles de análisis y debate.

A nivel sociológico, existe cierta confrontación ideológica y política subyacente al uso del término parentalidad puesto que parece inducir a una orientación masculina frente a un reconocimiento que promueva la igualdad de género. En este sentido, se viene incorporando un neologismo *parental*.

Algunos autores explican que por lo general resulta más fácil describir lo que caracteriza la parentalidad que definir el concepto.

Según la Recomendación (2006) 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva, la parentalidad es *una etapa de la vida familiar que se produce en un contexto preciso y que crea vínculos entre los miembros de la familia* (119).

Aunque se trata de una actividad realizada en el ámbito privado de la familia se caracteriza como un fenómeno social, definida a partir de la opinión y expectativas de la sociedad incluidas las autoridades y políticas públicas (119).

La manera en la que se concibe el término resulta muy particular, existiendo diferencias sustanciales entre las figuras parentales como agentes cuidadores y también entre los y las menores, como receptores de cuidado (119).

Bronfenbrenner (1979), desde una perspectiva ecológica del concepto, puso de manifiesto que la parentalidad hacía referencia a las responsabilidades, recursos, apoyos,

características y competencias demostradas por las personas cuidadoras de hijos/as y/o menores a su cargo en la satisfacción de sus necesidades (47).

Bornstein (1995) reconocía la parentalidad como las actividades que realizan el padre y la madre en el proceso de cuidado, socialización, atención y educación de sus hijos e hijas, concebiéndola como un proceso biológico y psicosocial (10).

Fielden y Gallagher (2006) definen la parentalidad como un proceso que implica la adquisición de competencias constructivas y actitudes para ayudar al desarrollo de los hijos en el que las figuras parentales perciben confianza en cómo lo desarrollan (autoeficacia) (131).

Por su parte, Eraso *et al.* (2006) entienden la parentalidad como los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físico y social las oportunidades de estimulación y aprendizaje de los hijos (10).

Transición a la parentalidad

La parentalidad comienza durante el embarazo (122) e incluso en etapas previas, en el proceso de la planificación familiar, desarrollándose en diferentes fases en las que la relación de dependencia con los y las menores va disminuyendo en función adquieren autonomía; inicialmente existe un comportamiento totalmente dependiente, seguido de una fase en la que se alternan comportamientos dependientes con independientes y por último se desarrollan comportamientos interdependientes (46).

El nacimiento de un hijo representa un proceso de transición en las etapas del ciclo familiar, puede ser considerado como un evento crítico e irreversible que se caracteriza por la necesidad de reorganizarse a título personal, conyugal y social (117). Constituye una experiencia emocional significativa que comporta un evidente desafío para la persona (121), comprendiendo un conjunto de respuestas de adaptación (cognitivas, emocionales y conductuales), de mayor o menor complejidad, que originan nuevos patrones de vida (114).

Novel *et al.* (2007) explicaban que la decisión de asumir el rol de padres es irreversible y una de las más importantes de la vida, la que produce sensaciones de placer y

autorrealización, pero también de conflicto (48). Según estas autoras, los motivos que inducen a tener hijos son diversas:

- ∞ Deseo de perpetuarse genéticamente
- ∞ Deseo de cuidar a otro ser humano
- ∞ Necesidad de asegurar una herencia
- ∞ Presión social o de la propia pareja
- ∞ Creencia en la fantasía de que tener un niño es *bonito*

En este proceso se produce una reestructuración de responsabilidades, roles y comportamientos (36), exigiendo un compromiso intenso y una participación para la aceptación del nuevo miembro de la familia, la búsqueda de homeostasis en cuanto a la identidad personal, la relación con la pareja y la familia de origen y la apertura al exterior (121).

La transición comporta una necesidad de flexibilizar la alianza conyugal para formar un vínculo parental que aporte apoyo emocional, distribución de tareas domésticas, cuidado mutuo, responsabilidades financieras, profesionales y en la educación de los hijos (46).

Aunque sea un proceso deseado y esperado, este proceso representa uno de los cambios más significativos que se producen en las familias con influencia tanto en las figuras parentales como en el resto de sus miembros (69). Se ve modificada la identidad, los roles y las funciones de los padres y de toda la familia, exigiendo un proceso de reajuste y adaptación que requiere su tiempo y en el que se redefinen las relaciones entre los restantes miembros (46,114).

En definitiva, la parentalidad es un proceso madurativo que lleva a una reestructuración psicoafectiva y de responsabilidades de los padres para responder a las necesidades físicas, afectivas y psíquicas de los niños así como de seguridad, comportamiento y estimulación, comunicación y disciplina positiva (7,8).

En este sentido parece importante la preparación para la parentalidad, entendida esta como la apropiación de conocimientos y habilidades relacionados con la crianza para desarrollar las competencias vinculadas al rol parental; interiorizando además los atributos sociales esperados en la asunción del rol (117).

Se ha demostrado que a mayor nivel de conocimientos y habilidades más probabilidad de ser sensibles a las necesidades de los menores y cuidar en un ambiente más adecuado de desarrollo saludable (117). También se ha comprobado que el déficit de conocimientos y habilidades puede influir negativamente el desarrollo (132). Además, a medida que los conocimientos y habilidades parentales aumentan las figuras parentales se encontrarán más confiadas en el desempeño de su rol y por tanto más satisfechas (117).

Esta preparación y adaptación es diferente para cada persona y se encuentra condicionada por factores de género (46). Diferentes estudios ponen de manifiesto que la transición a la parentalidad es diferente en hombres y mujeres, tiene implicaciones en la relación de pareja, es más dificultosa de lo esperado y se convierte como un elemento fundamental de la salud familiar (69).

Influencia del Género en la Parentalidad

En la literatura científica predominan las referencias respecto a la maternidad; no obstante, cada vez en mayor medida aparecen publicaciones que tratan de manera específica la paternidad y su proceso. Todo ello en parte justificado por la interpretación inicial del significado de la crianza, atribuido a la figura de la mujer, la que se pensaba nacía con aptitudes innatas para desempeñar el rol maternal como una necesidad biológica (instinto maternal) (46), así como el protagonismo que esta tiene durante el embarazo y la lactancia, la tradición de la mujer como cuidadora principal (133).

En las primeras teorizaciones sobre el concepto de maternidad, Rubin (1984) describió cuatro etapas interdependientes: transición del embarazo al parto, la aceptación social tanto para ella como para su hijo, el inicio del vínculo y el aprendizaje de aportarse recíprocamente beneficio. La satisfacción personal, la relación con la familia de origen y con su cónyuge/pareja, la aceptación al bebé y reestructuración de la identidad materna son aspectos de especial importancia en el proceso (121).

Por su parte Mercer explicaba que la adopción del rol maternal suponía *un proceso interactivo de continua evolución en el cual la madre siente que está desarrollando un vínculo entre ella y su hijo/a, adquiere habilidades para proveer cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación en este rol* (22).

En lo que respecta a padres y madres, la literatura muestra que tienen atribuciones particulares en la familia e interaccionan de manera diferente con sus hijos (114).

Históricamente, el papel masculino respecto a la crianza quedaba relegado fuera del espacio doméstico y la responsabilidad del cuidado, se reforzaba por tanto el carácter desigual de las relaciones en los hogares (133). Se reconocía la figura paterna fuera del hogar (*outsider*) y a el cuidado se describía como *el mundo de la mujer* (46).

Se hace referencia a una situación en la que los hombres adquieren nuevos roles, hablando incluso de un fenómeno socialmente reconocido como *nuevas masculinidades* (11,46).

Los cambios socioculturales de la sociedad posmoderna, principalmente en las sociedades occidentales han generado nuevos arquetipos de familia y, han propiciado una implicación más efectiva de los padres y un reparto más igualitario de roles avanzando hacia un modelo democrático de parentalidad (36,46,133).

Esta situación se encuentra en constante revisión, cambio y evolución y viene condicionada por la incorporación de la mujer al mercado laboral, la inseguridad laboral, necesidades de movilidad geográfica, nuevos modelos familiares, familias monoparentales, entre otras (133).

Las publicaciones específicas sobre la vivencia de la parentalidad por parte de las figuras masculinas explican que estos pueden ser tan competentes como las mujeres en el ejercicio del rol parental, e incluso muestran cambios en la transición a la parentalidad (133).

Aparecen emociones, preocupaciones y construcciones de la identidad del rol a asumir como padres, influido por los modelos familiares (134). Incluso se describe el denominado Síndrome de Couvade, que implica fenómenos asociados al embarazo similares a los experimentados por las mujeres y de mayor intensidad en el tercer trimestre (ganancia de peso, abdomen distendido, fatiga, náuseas matutinas, alteraciones del sueño, ansiedad, cambios en el estado de ánimo, disminución de la libido) (133).

En la parentalidad compartida se reconoce la importancia de la actitud y el rol de las mujeres, estimulando la participación de los padres, proporcionando oportunidades para

el cuidado o rechazando la implicación de las figuras masculinas. La experiencia totalizante de la maternidad que aparta a los hombres/padres de la prestación de cuidados suele justificarse por considerar que los hombres no tienen la misma sensibilidad o preparación para el cuidado (114,133).

Algunos estudios muestran que las personas casadas se vuelven más tradicionales en la división del trabajo tras el nacimiento de un hijo (114). Parece importante promover que los padres se impliquen en el cuidado parental desde el momento del embarazo, en este sentido Gerson, citado por Velasco *et al.* (2012), describió tres posibles prototipos (133):

- ∞ Procuradores de sustento, prácticamente ausentes, trayectoria laboral exitosa y exigente, relaciones conyugales duraderas, sus parejas asumen responsabilidades domésticas.
- ∞ Autónomos, discontinuidad y obstáculos en la carrera laboral, responsabilidad económica parcial, relaciones conyugales dificultosas. Probable separación emocional y económica de la prole.
- ∞ Padres implicados, comprometidos con sus parejas e hijos, compromiso laboral parcial.

Respecto a la equiparación del trabajo familiar, Major (1993) describió un modelo explicativo de los fenómenos subyacentes al contexto familiar (114):

- ∞ Distribución tradicional de tareas según lo que las mujeres esperan, quieren y valoran en sus relaciones.
- ∞ Mujeres aceptan y justifican prácticas desiguales como legítimas. Ellas más capaces para responder a las necesidades de los miembros de la familia.
- ∞ La distribución de tareas responde a criterios de comparación utilizados por las mujeres.

Como existe la noción de que la mayoría de los hombres no ayuda, las mujeres se sienten privilegiadas cuando sus cónyuges de alguna forma lo hacen (114). Un padre presente, dedicado, preocupado y afectuoso confiere una apreciación femenina favorable (114).

En contraposición, el mito de la buena madre, eternamente abnegada, ejemplar y perfecta se mantiene vivo en el discurso contemporáneo (114). Esta situación puede representar

un perjuicio y un factor de estrés para aquellas mujeres que sienten no cumplir con esta expectativa en función de sus circunstancias personales.

A pesar de la evolución del papel del hombre en la familia en algunas culturas y sociedades, se pone de manifiesto que queda camino por recorrer para alcanzar la igualdad y equiparación entre madres y padres en el desempeño del rol parental (46). En los modelos familiares tradicionales continúa predominando la participación de la madre (132), salvo en aquellas excepciones en las que existe verdadera equiparación de funciones entre los miembros de la pareja.

En este orden de aspectos, se aboga por la participación efectiva del hombre en el cuidado familiar (124), habiéndose reconocido el beneficio en el desarrollo de los y las menores secundarios al reparto de funciones y la equidad de género (133).

Las competencias parentales

Las competencias parentales son un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que facilitan el rol parental garantizando el máximo potencial de crecimiento y desarrollo de los menores a cargo. Las competencias pueden entenderse como la movilización de recursos cognitivos (conocimientos, valores, inteligencia...), habilidades y actitudes que posibilitan realizar una acción con éxito, en este caso el rol parental, y que pueden mejorar a medida que la persona aumenta su aprendizaje o se adapta a la situación (117).

De manera específica, las competencias parentales podrían definirse como aquellos conocimientos, habilidades y actitudes que facilitan u optimizan la interacción, la interpretación de los comportamientos de los menores, la toma de decisiones sobre sus cuidados y el desempeño de las tareas propias de la parentalidad (117). Permiten a los padres afrontar con flexibilidad y adaptativo la crianza de los hijos/as (135).

Cuando un padre o una madre siente que es competente en el ejercicio del rol parental y se siente satisfecho/a, esta vivencia repercute simultáneamente en su propio autocuidado, autoestima y sus relaciones de pareja, con familiares y amigos (113).

Además, en la medida en que las figuras parentales asimilan y demuestran más y mejores actitudes, conocimientos y habilidades para el cuidado de los hijos o menores a su cargo más posibilidades de un ambiente apropiado de crecimiento y desarrollo (117).

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (2011), la parentalidad engloba cuatro dimensiones: asumir la responsabilidad del ejercicio efectivo del rol, optimizar el crecimiento y desarrollo de los hijos, integrar la prole en la familia y actuar de acuerdo a las responsabilidades atribuidas socialmente a lo que se espera al rol de padre y madre (117).

Entre las funciones asociadas al cuidado parental se encuentran satisfacer necesidades y cuidados físicos del niño, proporcionar seguridad, enseñar el comportamiento social, estimular al desarrollo de capacidades, establecer límites y promover comunicación positiva. Por su parte, Quinton (2004), describe que la parentalidad implica diferentes tareas actitudinales y relacionales (receptividad, seguridad afectiva y sólido apego), cuidados para satisfacer necesidades y tareas de tipo educativo, estableciendo límites y enseñando conductas prosociales (47).

Azar y Winzierl (2005), citadas por Rodrigo *et al.* (2009), agrupan en cinco áreas las competencias parentales (135):

- ∞ Educativas (cuidado, seguridad, expresión emocional)
- ∞ Sociocognitivas (expectativas adecuadas, estilo atribución positivo, autoeficacia).
- ∞ Autocontrol (control impulsos, asertividad)
- ∞ Manejo del estrés (autocuidado, capacidad para divertirse, capacidad afrontamiento, planificación)
- ∞ Sociales (solución de problemas, empatía, reconocimiento emocional)

Reder *et al.* (2003) describen las competencias en los ámbitos (135):

- ∞ Funcionamiento personal (resiliencia, reflexión sobre la propia conducta)
- ∞ Competencias asociadas al rol parental (cuidados físicos y emocionales, compromiso, asunción responsabilidad)
- ∞ Competencias asociadas a la relación con el niño (interés, reconocimiento necesidades, empatía)

La educación se orienta en tres dimensiones diferenciadas: relacionales (desde el amor parental a los sistemas sociales), racionales (valores y objetivos educativos) y aplicadas (transmisión adquisiciones y prácticas pedagógicas/educativas) (11).

A partir de las aportaciones de distintos autores Gómez-Muzzio y Muñoz Quintero (2024) para la construcción de una escala de evaluación de la parentalidad positiva identificaron las siguientes competencias parentales y sus componentes específicos (136):

- ∞ Vinculares: mentalización, sensibilidad parental, calidez emocional, involucramiento
- ∞ Formativas: estimulación del aprendizaje, orientación y guía, disciplina positiva, socialización
- ∞ Protectoras: garantías de seguridad física, emocional y psicosexual, cuidado y satisfacción de necesidades básicas, organización de la vida cotidiana, búsqueda de apoyo social
- ∞ Reflexivas: anticipar escenarios vitales relevantes, monitorear influencias en el desarrollo del niño/a, meta-parentalidad o automonitoreo parental, autocuidado parental

Aunque las competencias parentales se encuentran ampliamente definidas, debe abandonarse la idea de entender la parentalidad exclusivamente como un rol circunscrito a la figura de proveedor, destacando las actitudes y comportamientos afectivo-relacionales implícitas al cuidado y a los vínculos de apego, los que han de ser potenciados (114,131).

De este planteamiento se desprende que la parentalidad hace referencia a factores psicosociales, en concreto a la relación establecida entre las figuras parentales y los hijos, indistintamente de que haya existido una concepción fisiológica o sea por la vía de la adopción u otras circunstancias, que se extiende a lo largo de la vida, y que varía entre persona y persona y de cultura a cultura (118).

En este tipo de relación, la persona que desempeña el cuidado aporta seguridad, calma, protección, confort y ayuda (137). Además, la persona cuidadora está en disposición de inculcar valores, responsabilidad, proporcionar lo fundamental para facilitar la vida, tener paciencia, ofrecer atención, comunicar, explicar cuando algo no es adecuado y

especialmente amar a sus hijos (44). Todas las respuestas basadas en el afecto y en la promoción del apego deben ser estimuladas (131).

La Teoría del Apego representa una de las áreas de la parentalidad que ha sido estudiada en mayor medida (10). Desde la promoción del apego (base segura), Bowlby y Schofield describieron las dimensiones de la interacción parental: disponibilidad, sensibilidad, aceptación, cooperación y pertenencia, representándola iconográficamente como una estrella denominada la Estrella de la Base Segura, la cual fue adaptada por Hernán *et al.* y se presenta en la Figura 12 (34).

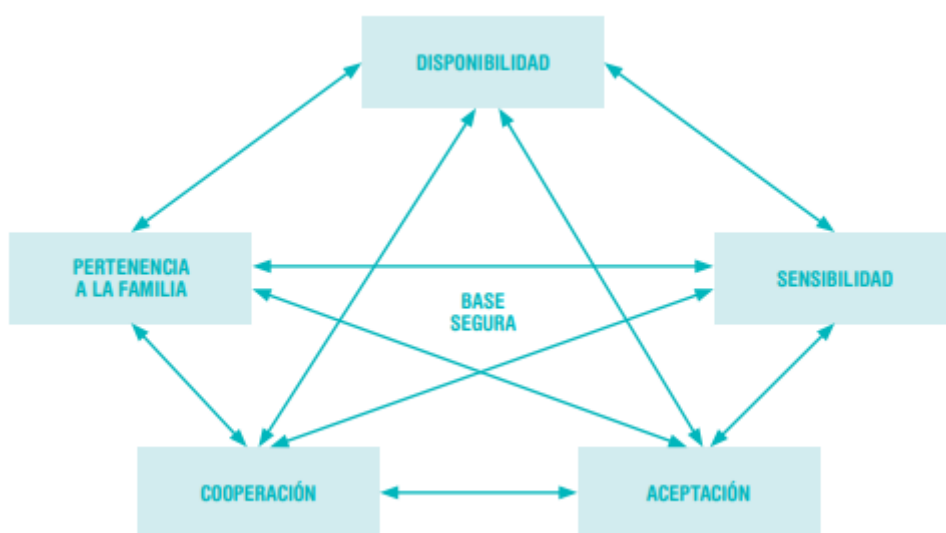


Figura 12. Dimensiones de la interacción parental: estrella de la base segura.

Fuente: Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la Salud. [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>

En definitiva, se espera una relación en la que los niños, las niñas y los adolescentes perciban que se sienten amados, en un entorno afectuoso y estable. Este aspecto pone de manifiesto que un adulto se preocupa y le otorga el sentimiento de valía personal (11).

En la Guía de Buen Trato al Niño se destacan e interpretan, como competencias parentales que contribuyen al desarrollo del menor y el ejercicio del rol parental en los términos deseados, las siguientes (cita textual del documento técnico) (47):

- ∞ Proporcionar atención, respeto, afecto, apoyo y reconocimiento para el desarrollo personal.
- ∞ Dedicar tiempo para interactuar con los hijos.

- ∞ Comprender características evolutivas y de comportamiento de los hijos de una determinada edad.
- ∞ Comunicarse abiertamente con los hijos, escuchar y respetar sus puntos de vista y promover su participación en la toma de decisiones y en las dinámicas familiares.
- ∞ Establecer límites y normas para orientar el adecuado comportamiento de los hijos y generar expectativas de que cooperarán en su cumplimiento.
- ∞ Reaccionar ante sus comportamientos inadecuados, proporcionando consecuencias y explicaciones coherentes y evitando castigos violentos o desproporcionados.

Rodrigo *et al.* (2009) sintetizaron en las principales habilidades requeridas para el ejercicio de la parentalidad mostradas en la Tabla 1 (135).

Por otro lado, según expuso Fromer (1983), citado por Novel *et al.* (2007), el ejercicio de la parentalidad lleva implícito una serie de obligaciones (48):

- ∞ Ofrecer a los hijos/as la oportunidad de desarrollarse.
- ∞ Proporcionar habilidades de supervivencia.
- ∞ Proveer al niño/a de habilidades sociales.
- ∞ Inculcar un sentido de moralidad o conciencia.
- ∞ Respetar a los niños/as sin importar la edad que tengan por el hecho de ser personas.
- ∞ Desarrollar un modelo positivo de rol para los niños/as.
- ∞ Aprender a dejar que los hijos/as crezcan.

Tabla 1. *Habilidades para el ejercicio de la parentalidad.*

Educativas	<p>Calidez y afecto en las relaciones y reconocimiento de los logros evolutivos alcanzados a la medida de sus posibilidades.</p> <p>Control y supervisión del comportamiento del menor gracias a la comunicación y fomento de la confianza en sus buenas intenciones y capacidades de organización de actividades de ocio con toda la familia.</p> <p>Estimulación y apoyo al aprendizaje: fomento de la motivación, proporcionar ayuda contingente a las capacidades del menor, planificación de las actividades y tareas; orientación hacia el futuro e implicación en la educación formal (escuela).</p> <p>Aptitud ética ante la vida y educación en valores.</p> <p>Adaptabilidad a las características del menor: capacidad de observación y flexibilidad para ajustarse a los cambios evolutivos, perspectivismo (capacidad de ponerse en el lugar del otro), autocorrección ante los errores, reflexión sobre la praxis educativo y flexibilidad para aplicar las pautas educativas.</p> <p>Autoeficacia parental: percepción de las propias capacidades para llevar a cabo el rol de padres.</p> <p>Locus de control interno: percepción de que se tiene control sobre sus vidas y capacidad de cambiar lo que ocurre a su alrededor que deba ser cambiado.</p>
De agencia parental	<p>Acuerdo en la pareja: se acuerdan con la pareja los criterios educativos y los comportamientos a seguir con los hijos.</p> <p>Percepción ajustada del rol parental: se tiene una idea realista de que la tarea de ser padres implica esfuerzo, tiempo y dedicación.</p> <p>Reconocimiento de la importancia de los progenitores en el bienestar del menor.</p>
De autonomía personal y búsqueda de apoyo social	<p>Implicación en la tarea educativa.</p> <p>Responsabilidad ante el bienestar del niño.</p> <p>Visión positiva del niño y de la familia.</p> <p>Buscar ayuda de personas significativas con el fin de complementar el rol parental en lugar de sustituirlo o devaluarlo.</p> <p>Identificar y utilizar los recursos para cubrir las necesidades como padres y como adultos.</p> <p>Búsqueda de ayuda de personas significativas y/o instituciones cuando tiene problemas personales y/o con los hijos.</p> <p>Confianza y colaboración con los profesionales e instituciones que les quieren ofrecer apoyo y ayuda.</p>
Para la vida personal	<p>Control de los impulsos.</p> <p>Asertividad.</p> <p>Autoestima.</p> <p>Habilidades sociales.</p> <p>Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés.</p> <p>Resolución de conflictos interpersonales.</p> <p>Capacidad para responder a múltiples tareas y retos.</p> <p>Planificación y proyecto de vida.</p> <p>Visión optimista y positiva de la vida y de los problemas y crisis.</p>
De organización personal	<p>Administración eficiente de la economía doméstica.</p> <p>Mantenimiento de la limpieza y orden de la casa.</p> <p>Higiene y control de salud de los miembros de la familia.</p> <p>Preparación regular de comidas saludables.</p> <p>Arreglos y mantenimientos de la vivienda.</p>

Fuente: Rodrigo López M, Martín Quintana J. *Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial*. *Psychosoc Interv* [Internet]. 2009 [citado 7 de junio de 2021];18(2):113-20. Disponible en: <http://journals.copmadrid.org/pi/article.php?id=758a06618c69880a6cee5314ee42d52f>

Los estilos parentales

Según la manera de entender la crianza y por ende, el ejercicio de la parentalidad, es decir, respecto a las creencias y valores evolutivo-educativas, se distinguen tres prototipos de padres y madres (113):

- ∞ Tradicionales, caracterizados por disponer de escasa información, predominando ideas estereotipadas, visión del menor como dependiente.
- ∞ Modernos, caracterizados por elevada información, influencia del componente psicológico, visión del menor hacia la autonomía, expectativas evolutivas optimistas, no estereotipos.
- ∞ Paradójicos, ambigüedad, en ocasiones predominan características tradicionales, en otras modernas, conscientes de la influencia psicológica, pero con escasa percepción de influencia y percepción optimista evolutiva.

Teniendo presentes aspectos relacionados con la interacción paterno-filial (tono afectivo/comunicación) y conjugación de normas y disciplina (113), se identifican distintos estilos parentales que pueden ser definidos como un cuerpo de actitudes y comportamientos basados en creencias y valores que determinan las prácticas de educación y crianza de los hijos (70).

Algunas investigaciones clasificaron los estilos parentales en cinco tipos: padres con autoridad (autoritativos, utilizan normas explicadas y consecuencias, no utilizan castigo), padres autoritarios (control disciplinar, mecanismos de poder, rígidos y exigentes), padres permisivos (indiferentes, pasivos), padres divergentes (paradójicos, alternancia entre firmeza y permisividad, contradictorios) y padres afectivos (se basan en relación de amor y afecto) (65).

Schaffer (1996) describió distintos modelos parentales relacionados también con los diferentes modelos de socialización de los niños:

- ∞ Modelo de Laissez-faire. El comportamiento parental consiste en *dejarle a su aire*.
- ∞ Modelo de modelado. El comportamiento parental consiste en *moldear y educar*, efectos recompensas y castigos.
- ∞ Modelo de conflicto. El comportamiento parental consiste en *disciplina*.

- ∞ Modelo de reciprocidad. El comportamiento parental consiste en *sensibilidad* y *receptividad*.

La investigación cuestiona los tres modelos iniciales y denuncia el castigo corporal. El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, la Carta Social Europea Revisada (artículo 17) y la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del niño ratifica que el castigo corporal ha de rechazarse y no permitirse (119).

Cada estilo determina unos resultados y genera una impronta en el crecimiento y desarrollo de los menores. Padres con autoridad consiguen a través de la confianza que los niños se sientan seguros y con autoestima, padres autoritarios por el contrario anulan y no generan autoestima en la patria y por último, padres permisivos desorientan (65) .

Existe evidencia que evalúa el efecto del castigo corporal en la infancia desde la cual se conoce que la salud mental de aquellos niños que han tenido esta experiencia de vida se ve menoscabada (aumentando la depresión y disminuyendo la confianza en sí mismos), mantienen relaciones menos satisfactorias con sus progenitores (menos respeto, mayor temor), disminuye la capacidad de autocontrol y aumenta la conducta más agresiva y antisocial. Adultos con experiencia de maltrato también puntúan más alto en problemas de salud mental y niveles de conducta antisocial, perpetuando la violencia intrafamiliar (119).

La mayor igualdad entre niños y adultos orienta hacia el modelo de reciprocidad, siendo el más ampliamente aceptado por la comunidad científica.

En la actualidad, y de manera más extendida, se utilizan las siguientes denominaciones de los estilos educativos parentales (47,113):

- ∞ Permisivo: afectividad/sensibilidad pero escasa exigencia
- ∞ Autoritario: escasa afectividad, imposición normas y límites
- ∞ Sobreprotector: probable mezcla de modelo autoritario basado en el control y modelo modelado
- ∞ Democrático: afectividad/sensibilidad/participación/disciplina inductiva basada en el razonamiento de normas y límites.

∞ Indiferente: escasa atención, escasa exigencia

Desde la enunciación de estos modelos, y teniendo presente que la comunidad científica aboga por una disciplina constructiva, denominada *disciplina positiva* (11), se procede a la descripción del paradigma de la Parentalidad Positiva, marco deseable para el ejercicio del rol parental.

El paradigma de la Parentalidad Positiva

Durante el siglo XIX las mujeres reformadoras animaron a las madres a que obtuvieran beneficio del lazo afectivo que las unía a sus hijos en vez de recurrir al castigo corporal (Heywood, 2005) (11). Estos fueron probablemente los albores de lo que hoy se conoce como Parentalidad Positiva.

Para entender la Parentalidad en la Europa Contemporánea se parte de la premisa de que los cambios profundos en la sociedad acontecidos en las últimas décadas y la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CNUDN) de 1989, han modificado la conceptualización de la familia y el ejercicio de la función parental hacia una noción de *parentalidad positiva*, centrada en el pleno respeto de los derechos y el interés superior del niño, teniendo en cuenta las necesidades y los recursos de los padres (11).

La parentalidad positiva surge de una orientación derivada de la Recomendación 19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa (2006) sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad (113,119).

El paradigma de la Parentalidad Positiva hace referencia al comportamiento parental con una orientación que garantice el cuidado y la relación positiva con los niños, la optimización de su potencial de crecimiento, desarrollo y educación, considerándose fundamental para la salud y el bienestar de estos niños (70).

Se fundamenta en el afecto, la comunicación, el acompañamiento y la implicación en la vida cotidiana de los hijos e hijas (83) y depende de las capacidades parentales, las necesidades del menor y el contexto psicosocial (138).

En el contexto de la parentalidad positiva y el desarrollo de los menores se reconocen los siguientes factores de protección y de riesgo según contextos expuestos en la Tabla 2 (138).

Tabla 2. Factores de protección y riesgo.

	Factores de protección	Factores de riesgo
Familia	Calidez y apoyo Afecto y confianza básica Estimulación apropiada y apoyo escolar Estabilidad emocional de los padres Altas expectativas y buena supervisión con normas claras Relaciones positivas con la familia extensa	Pobreza crónica y desempleo Madre con bajo nivel educativo Desorganización doméstica Conflicto y/o violencia en la pareja Toxicomanías Padre con conducta antisocial y/o delincuencia Padres con enfermedad mental Padres que creen en el uso del castigo físico
Iguales	Participación en actividades de ocio constructivo Buena relación con compañeros que respetan normas Asertividad y comunicación interpersonal	Compañeros con conductas de riesgo, problemas de alcohol y drogas y conducta antisocial Aislamiento social Dejarse llevar por la presión del grupo
Escuela	Buen clima escolar con normas claras y vías de participación Altas expectativas sobre el alumnado Oportunidades para participar en actividades motivadoras Tutores sensibles que aportan modelos positivos	Falta de cohesión entre profesores y alumnos Falta de relaciones entre familia y escuela Escuela poco sensible a las necesidades de la comunidad Clases con alumnado con alto fracaso escolar y conductas de riesgo
Comunidad	Barrios seguros y con viviendas apropiadas Relaciones de cohesión entre los vecinos Organización de la comunidad centrada en valores positivos Políticas sociales que apoyan el acceso a recursos de apoyo a las familias Actividades de participación en la comunidad	Violencia e inseguridad Mala dotación de recursos y equipamiento Barrios masificados sin identidad Empleo parental con horarios extensos Entorno con prejuicios, intolerancia y actitudes de rechazo

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Parentalidad Positiva y políticas locales de apoyo a las familias. [Internet]. Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP); [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/folletoParentalidad.pdf>

La Parentalidad Positiva favorece relaciones paternofiliales beneficiosas y se sustenta en actitudes y comportamientos parentales dirigidos al interés superior de los niños, que cuidan y protegen desde el amor y el afecto, contribuye a desarrollar sus capacidades y su autonomía, fortalecen la confianza en sí mismos, ofreciendo reconocimiento y orientación, incluyendo el establecimiento de límites que permiten el pleno desarrollo del niño. Tiene como principios básicos el reconocimiento de los niños y de los padres como titulares de derechos y sujetos a obligaciones (119,138).

Desde estas premisas puede afirmarse que la parentalidad positiva se fundamenta en estilos parentales democráticos, sustentados en el modelo de reciprocidad descrito por Schaffer (1996). Por su parte, Campion (1995) identificó derechos y deberes asociados a la parentalidad (47):

- ∞ Aportar cuidados de base, proteger y educar al niño hasta una edad adecuada.
- ∞ Garantizar la seguridad del niño.
- ∞ Orientarlo y fijarle límites.
- ∞ Asegurar la estabilidad.
- ∞ Asegurar las condiciones del desarrollo intelectual, afectivo y social del niño, en especial la transmisión de ciertas competencias aceptadas y el modelado de los comportamientos deseados.
- ∞ Respetar la ley y contribuir a la seguridad de la sociedad.
- ∞ Contribuir a la prosperidad económica de la nación.

Con esta declaración de derechos y deberes, se quiere destacar la relevancia de la parentalidad en el ámbito familiar con una orientación hacia el bienestar en las primeras etapas y su transcendencia en el desarrollo de las sociedades. Sin obviar, tal y como recoge la literatura, que el ejercicio de un rol parental positivo representa también un beneficio para los progenitores u otras figuras encargadas del cuidado debido a que, en la etapa adulta, el cuidado y el apoyo para el desarrollo de los demás representa una máxima a alcanzar en el desarrollo psicosocial particular (123).

En este sentido, se espera que las figuras parentales provean cuidados básicos, inculquen valores y enseñen a sus hijos/as o menores a su cargo la asunción de responsabilidades en el marco de una relación afectiva basada en el amor; con respeto, paciencia, comunicación, confianza (44).

Por tanto, la Parentalidad Positiva promueve actitudes favorables para la crianza entre las que se destacan las expresiones emocionales dirigidas a los niños y adaptadas a su comportamiento, muestras de alegría, gestos y palabras afectuosas sin actitudes punitivas, violentas o de rechazo (131). Se fundamenta en interaccionar con niños, niñas y adolescentes, participar en las actividades de su cuidado, jugando con y aportando apoyo,

estas conductas promoverán vínculos y se incrementará la percepción de autoeficacia en las habilidades de cuidado (125).

A modo de síntesis de todo lo anterior, se han reconocido las siguientes dimensiones o funciones asociadas a la parentalidad positiva:

- ∞ Cuidados orientados a satisfacer las necesidades básicas (alimentación, higiene, reposo).
- ∞ Cuidados orientados a la protección de la salud y los peligros.
- ∞ Cuidados orientados al desarrollo, el comportamiento y la estimulación.
- ∞ Comunicación y relación positiva, actitudes positivas, afecto y amor.
- ∞ Disciplina positiva, promoción del autocontrol y establecimiento de límites con consistencia y amor.

En relación con la disciplina positiva, base de la confianza y autoestima en los menores (131), Power y Hart (2005) explican que esta se fundamenta en siete principios rectores (11):

- ∞ Respetar la dignidad del niño.
- ∞ Desarrollar un comportamiento prosocial, la autodisciplina y el carácter.
- ∞ Maximizar la participación activa del niño.
- ∞ Respetar las necesidades de desarrollo del niño y su calidad de vida.
- ∞ Respetar la motivación del niño y su opinión.
- ∞ Asegurar una equidad y una justicia transformadora.
- ∞ Fomentar la solidaridad.

En el marco de la Parentalidad Positiva, Duncan *et al.* (2009) avanzan en un desarrollo teórico más e identifican la *parentalidad consciente (mindful parenting)* como un modelo en el que se destaca la relación afectuosa, basada en la escucha activa y la aceptación del otro sin perjuicios (139).

A nivel internacional destacan los programas denominados Triple-P: *Parenting Positive Program* a propuesta de Mathew Sanders y que sirven de orientación a distintos agentes sociales que realizan intervención familiar. Estos programas persiguen dotar de las competencias necesarias para crear un clima familiar en el que los menores desarrollen

su máximo potencial (83). A pesar de la importancia de promover las competencias parentales la educación familiar debiera incidir en la necesidad de fortalecer los vínculos familiares, el amor, la reciprocidad en el cuidado entre cónyuges, padres, madres e hijos (83).

Factores que influyen en la parentalidad

Dada su influencia en el bienestar de hijos/as, desde los años 80 ha aumentado considerablemente la investigación científica en este concepto teórico dada su repercusión en los hijos/as (46).

Destaca que el volumen de publicaciones en las últimas dos décadas adquiere mayor envergadura, ampliando los ámbitos de estudio, adaptación a la parentalidad, consecuencias en la vida personal y familiar, parentalidad de jóvenes y adolescentes, embarazos gemelares, efectividad de programas de intervención para la promoción de la parentalidad positiva.

En la literatura consultada puede destacarse que la parentalidad se encuentra condicionada por la interacción de múltiples factores condicionantes, por tanto, ha de explicarse y comprenderse desde un modelo multidimensional (47).

Estos factores influyen sobre las figuras parentales y también sobre niños, niñas y adolescentes, actuando como factores de protección y también como cadenas de riesgo acumuladas y pueden categorizarse en diferentes niveles (11):

- ∞ Individual
- ∞ Familiar (microsistema)
- ∞ Comunitario (ecosistema)
- ∞ Sociocultural (macrosistema)

Otros autores como Belsky (1984), y con posterioridad Simons y Johnson (1996), clasificaron los factores que condicionan el ejercicio del rol parental en las siguientes categorías (47):

- ∞ Características y facultades individuales de las figuras parentales
- ∞ Fuentes de estrés

- ∞ Fuentes de apoyo
- ∞ Condiciones materiales de la vida

Teniendo presentes estas dos categorizaciones se procederá a organizar los diferentes factores identificados en la literatura que inciden directamente en la parentalidad.

En primer lugar, se describirán los *factores inherentes a las figuras parentales* en términos de características y facultades de las personas cuidadoras y encargadas de la crianza y educación en las primeras etapas de la vida. Entre estos se encuentra:

- ∞ El género (118,124,133,134), descrito como en un epígrafe con anterioridad dada su importancia.
- ∞ La edad, algunos estudios hacen referencia expresa a la paternidad/maternidad en la etapa de la adolescencia (119,140).
- ∞ El bienestar personal prenatal o por el contrario (123).
- ∞ El postparto inmediato (periodo introspección y de adaptación, ambivalencia, letargia, pasividad, dependencia, aumento de necesidad de protección y apoyo) (46).
- ∞ El nacimiento primer hijo (119) / multiparidad (132).
- ∞ Los conocimientos, para comprender la información y para movilizar recursos en la toma de decisiones orientadas a la salud (70,114,117).
- ∞ Las expectativas irrealistas o insatisfechas (121,132).
- ∞ Las habilidades o competencias para desarrollar determinadas funciones y resolver problemas (114,117).
- ∞ La preparación para la parentalidad (117,132).
- ∞ La enfermedad mental (40).
- ∞ Las oportunidades de estar con los hijos o menores a su cargo (114).
- ∞ La presencia de trastornos, discapacidad, drogodependencia u otros problemas (119).
- ∞ La sobrecarga de trabajo (121).
- ∞ Los factores de estrés, a mayor nivel de estrés mayor tendencia a emplear conductas coercitivas (123).

- ∞ La percepción de confianza y autoeficacia en el desempeño del rol (70,123), asunción de la responsabilidad parental (132).
- ∞ Los modelos o referentes educativos, las figuras parentales cuentan con una historia de vida previa y referentes para la crianza (47,113).
- ∞ El valor del menor para las figuras parentales y la vivencia de la responsabilidad de la crianza a modo de pérdidas y responsabilidades (134).

Además de los factores propios de las figuras parentales se ha de considerar aquellos factores inherentes al sistema familiar, concretamente adquieren especial significado la dinámica familiar, los distintos modelos familiares y el apoyo familiar percibido. Entre ellos destacan:

- ∞ La satisfacción conyugal y las experiencias con la familia de origen pueden actuar como factores determinantes (123,133).
- ∞ La cohesión familiar (46).
- ∞ La percepción de apoyo por parte de un compañero/a o pareja puede ayudar a afrontar adversidades (36,123,132), incluida la actitud favorable por parte de la pareja ante la noticia de la gestación puesto que influye en la búsqueda de cuidados y atención temprana (133) y el estímulo/aprobación para la prestación de cuidados, sobre todo de mujeres a hombres (114).
- ∞ La equidad de género, la igualdad y la equiparación de funciones pueden favorecer el desarrollo de los y las menores (133).
- ∞ Las familias con necesidades especiales: numerosas, monoparentales familias con personas con discapacidad, conflictividad/violencia intrafamiliar (85).
- ∞ La calidad de las relaciones y percepción de apoyo familiar para el desarrollo normal de los niños, movilizado hacia todos los contextos (escuela, compañeros, actividades ocio), influye en el ejercicio de la parentalidad (11,47).
- ∞ Las condiciones materiales de la vida. La disponibilidad de recursos a partir de trabajo remunerado aporta seguridad (133) mientras que ésta puede verse mermada por inestabilidad o precariedad laboral. Guía buen trato. Podría influir de manera negativa situaciones socioeconómicas difíciles (119).

En esta categoría también se incluirían las características propias del niño, niña o adolescente que recibe cuidados puesto que Heywood (2005) reconoció que los y las menores influyen en la vida, en las actitudes y el comportamiento de los adultos (11). Entre ellas:

- ∞ Las condiciones propias del nacimiento, como la prematuridad (141), en especial en embarazo gemelar (123), el nacimiento del primer hijo (119,139).
- ∞ Idiosincrasia específica de cada infante/adolescente. Niños pequeños y adolescentes requieren una atención especial (119,139).
- ∞ Presencia de trastornos, discapacidad, drogodependencia u otros problemas (119).

Los factores atribuibles al sistema comunitario (ecosistema) serían fundamentalmente el apoyo social o comunitario proveniente de amigos (131) y otros agentes sociales entre los que se incluye la accesibilidad y la actitud de los profesionales (46,132). Los resultados de la investigación muestran que influye favorablemente la sensibilidad demostrada por los padres hacia las figuras parentales (36).

Por último, a nivel de macrosistema se encontrarían los factores inherentes al sistema sociocultural dada la influencia del contexto cultural y societal. En este sentido ejerce especial influencia el modelo cultural, factores económicos, religiosos, estructurales y políticos (46,133).

A modo de síntesis, y para concluir, algunos autores reconocen como factores protectores de especial importancia la presencia de bienestar personal prenatal, la satisfacción, el apoyo en la relación de pareja, así como la red social (capital social) a partir del apoyo familiar y amigos, soporte funcional, soporte financiero. En contraposición, como factores de riesgo destacan la ansiedad prenatal, paridad, gemelos prematuros (123). También tiene implicaciones para la calidad de la relación la sobrecarga de trabajo y el déficit de tiempo personal, (121).

Especial atención merecen familias con situaciones que requieren mayor apoyo como parentalidad adolescente, nacimiento primer hijo, madres y padres con dificultad para conciliar la vida familiar y laboral, familias con personas dependientes a cargo o con hijos/as con necesidades especiales, familias reconstituidas o en situación de divorcio,

familias monoparentales en circunstancia de dificultad económica, familias ubicadas en barrios con escasos espacios y oportunidades para la relación social y el ocio constructivo, familias migrantes, familias con hijos/as en la adolescencia con conductas de abuso sustancias/delinuencia, nivel educativo bajo, menores en absentismo, abandono y fracaso escolar, violencia intrafamiliar (138).

Políticas Sociosanitarias que promueven la Parentalidad Positiva

Aunque en Europa la política familiar se remonta a la década de los años 60, momento en el que se celebró la Primera Conferencia de los ministros responsables de asuntos familiares del Consejo de Europa, no es hasta finales del siglo XX, periodo en el emerge un movimiento que promueve las políticas de apoyo a la familia (119).

El Consejo de Europa y el Comité de expertos sobre la Infancia y la Familia –a tenor del Comité Europeo para la Cohesión Social– han contribuido a difundir el conocimiento y promover la comprensión de la infancia y de la familia, fundamentalmente atendiendo al propósito de mejorar la vida de grupos y personas en situación de vulnerabilidad (11).

Estas acciones políticas atienden al propósito de asegurar el funcionamiento y el nivel de vida de las familias, mejorar su resiliencia, prevenir problemas y poder afrontarlos con objeto de contribuir a la promoción de la salud y la educación parental, teniendo especial consideración con la protección de los derechos del niño, de la infancia/adolescencia y de modo particular con la población vulnerable (11).

Desde estas políticas, también se ha de potenciar la implicación de los hombres en el cuidado y la educación de sus hijos, es decir, la corresponsabilización y cooperación en el cuidado de hijos/as haciendo efectiva la equidad de género (119).

Las políticas de apoyo a las figuras parentales han de considerarse como un fenómeno relativamente reciente que se encuentra determinado, según explicó el Consejo Europa (2005) por factores sociales, económicos y políticos interdependientes. Su desarrollo en los diferentes países ha sido diferente y, aunque la consideración de la familia es elevada, las políticas en el marco de la familia no son las más priorizadas. De hecho, existe falta de consenso sobre si es legítimo o no intervenir desde la política en la vida familiar (11).

España se adscribió a las políticas orientadas al apoyo de la parentalidad positiva desde la Recomendación 19/2006 realizada por el Comité de Ministros del Consejo Europa (11).

En esta recomendación, se reconoció el derecho de los padres a recibir apoyo por parte de las autoridades públicas y se describieron como elementos clave de la política familiar para el desarrollo de la parentalidad positiva medidas de política generales, parentalidad positiva, servicios de apoyo a los padres, servicios para padres en riesgo de exclusión social y principios de orientación a los profesionales (119):

En España, con el interés de visibilizar e impulsar las políticas en esta área, se destaca el documento técnico publicado en 2012 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España denominado “La parentalidad en la Europa Contemporánea: un enfoque positivo” y citado con anterioridad, el que se basa en los informes y las publicaciones del Consejo de Europa de 2007, referencia fundamental de este estudio (11).

En este documento se describe un cambio de paradigma en la concepción de la educación y la crianza de los hijos/as basado en un enfoque preventivo y capacitador de las familias, promoviendo el apoyo que estas reciben en el cumplimiento de sus funciones.

Desde sus aportaciones, muy relevantes respecto al concepto de parentalidad desde un enfoque positivo, se reconoce que los elementos que integran la política familiar se vehiculizan mediante transferencias públicas e impuestos, acciones orientadas a conciliar la vida familiar y laboral (incluidos los permisos parentales y otras prestaciones) y establecer una infraestructura que aporte fiabilidad en la atención a los y las menores (11,119).

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud publicada en 2013 prioriza en el objetivo específico tercero la necesidad de promover el bienestar emocional en la población infantil mediante programas de Parentalidad Positiva. Entre sus objetivos se encuentra, se cita textual por su relevancia (7):

∞ *Facilitar que los padres y madres, u otros adultos con responsabilidades educativas o familiares, adquieran capacidades personales, emocionales y educativas que les permitan implicarse de un modo eficaz en la construcción*

de una dinámica de convivencia familiar positiva y en el desarrollo de modelos parentales adecuados para los niños y niñas y promover.

- ∞ Promover una crianza segura, agradable y no violenta y un ambiente sin conflictos para los niños y niñas, además de promover las habilidades sociales, emocionales, del lenguaje, intelectuales y del comportamiento en los niños, mediante prácticas positivas de los padres.

Como puede observarse en la Figura 13, obtenida de la *Estrategia de Promoción y Prevención en el SNS*, se espera que se desarrollen programas de fomento de la Parentalidad Positiva en los distintos niveles de atención (7).

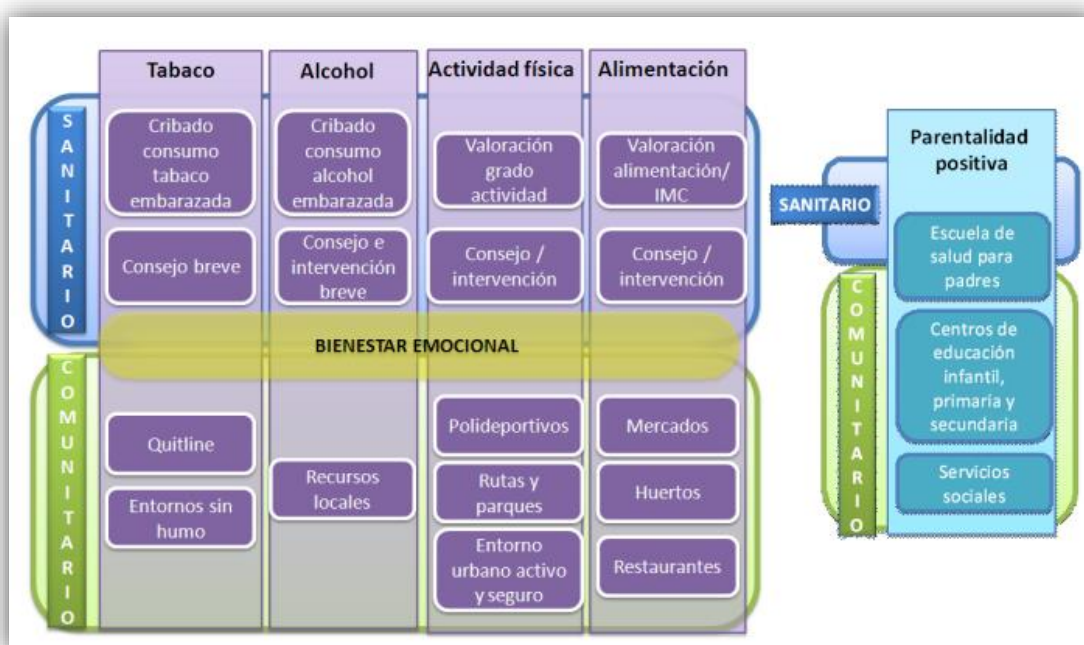


Figura 13. Intervenciones sobre estilos de vida en Atención Primaria.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS* [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

Los servicios dirigidos a las familias y la infancia que se encuentran implementados en mayor medida a nivel europeo y también en España son (119):

- ∞ Centros y servicios locales de información/orientación sobre la parentalidad y las relaciones de pareja
- ∞ Líneas telefónicas de ayuda
- ∞ Programas educativos y de ayuda a padres

- ∞ Iniciativas para apoyar el desarrollo y la educación del niño, dirigidos a los propios niños (promoción del rendimiento escolar), a padres (educación de sus hijos) y de cooperación entre centros educativos y padres
- ∞ Servicios y programas destinados a poblaciones en riesgo
- ∞ Servicios de protección a la infancia, cada vez más generalizados, e instituciones de protección y promoción de los derechos de los niños, como el Defensor del Menor

En cualquier caso, desde estos servicios se respetará la especificidad de cada contexto familiar (47) y los siguientes principios positivos (11):

- ∞ Considerar a los padres y a los niños como los actores de sus propias vidas.
- ∞ Ofrecer orientación que no juzgue ni estigmatice.
- ∞ Otorgar prioridad a los factores de protección y a los factores de riesgo.
- ∞ Proporcionar un enfoque ascendente.
- ∞ Garantizar servicios multifuncionales flexibles.
- ∞ Desarrollar servicios integrados a nivel local.
- ∞ Sensibilizar sobre la importancia de la experiencia de los grupos minoritarios y étnicos.

Se valoró la implementación de escuelas de padres o programas socioeducativos para promover la parentalidad positiva (20), basados en intervenciones de asesoramiento educativo para el desempeño y optimización del rol parental, garantizando la protección y el desarrollo de los y las menores (11,47,113).

En este sentido, los programas educativos ofrecerán información, experiencia de aprendizaje en habilidades sociales e intrapersonales (fomento autoestima, autoeficacia, confianza y seguridad en el desempeño del rol), estrategias de afrontamiento y resolución de problemas respetando en todo caso la especificidad del contexto familiar (113). Todo ello teniendo presente la Recomendación Europea 2006/19 sobre educación familiar que insta a fomentar (47):

- ∞ Respeto, afecto, atención y el reconocimiento.
- ∞ Dedicación de tiempo de interacción de calidad.

- ∞ La comprensión de las características evolutivas y del comportamiento según la edad.
- ∞ Relaciones con los hijos/as o menores a cargo basadas en una comunicación abierta.
- ∞ El establecimiento de límites y normas.
- ∞ Aprendizajes para reaccionar de manera ajustada ante comportamientos desorganizados.

Los programas de fomento de la Parentalidad Positiva proporcionarán la información y el apoyo que necesiten las figuras parentales según las diferentes etapas de la vida de sus hijos y se realizarán de manera coordinada e intersectorial desde sector sanitario, educativo o social. Se reconocen como útiles para la promoción de la parentalidad y la identificación de situaciones de diseminación del rol y de riesgo psicosocial, debido a que se considera también una prioridad importante la prevención y la detección precoz de comportamientos parentales inapropiados, así como su repercusión en la infancia y la adolescencia (47). Además, estas intervenciones educativas muestran efectos positivos en la reducción del estrés parental (123).

En el marco de la Atención Primaria del sistema sanitario se desarrollarán las actividades más relacionadas con los aspectos relacionados con la salud. No obstante, en la Cartera de Servicios Comunes de Atención Primaria datada del año 2006, aunque se reconocen las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria no se declara explícitamente la necesidad de impulsar la parentalidad positiva (142).

Concretamente respecto a la atención familiar se induce a una mayor consideración del contexto familiar, identificando estructura, etapa del ciclo vital, acontecimientos vitales estresantes, sistemas de interacción familiar y detección temprana de la disfunción familiar. También las atenciones y servicios relativos a la infancia y adolescencia, incluyendo consejos generales sobre el desarrollo del niño y otros aspectos vínculos a la adopción de hábitos de vida saludable, prevención accidentes, detección y atención a problemas de salud y discapacidad asociada y de manera específica servicios orientados a la adolescencia relacionados con hábitos tóxicos, sexualidad, conducta alimentaria, entre otras (142).

Como puede observarse, la cartera de servicios de Atención Primaria no se encuentra lo suficientemente actualizada y adaptada a las políticas sociosanitarias que promueven la parentalidad.

Finalmente, destacar que dentro de estos programas los profesionales adquieren un rol de especial importancia de lo que se deduce que han de estar lo suficientemente cualificados, actualizando su formación de manera continuada.

Dentro de la estructura del Gobierno de España se ha creado un organismo específico para atender las necesidades de las familias y menores: la Dirección General de Servicios para las Familias y la Infancia. Por su parte, el Consejo de Ministros aprobó el 14 de mayo de 2015, el *Plan de Apoyo a la Familia 2015-2017* el que incluye el fomento de la parentalidad positiva entre las líneas de actuación definidas y que son (85):

- ∞ Línea 1. Protección social y económica de las familias
- ∞ Línea 2. Conciliación y corresponsabilidad
- ∞ Línea 3. Apoyo a la maternidad y entorno favorable para la vida familiar
- ∞ Línea 4. Parentalidad Positiva
- ∞ Línea 5. Apoyo a familias con necesidades especiales
- ∞ Línea 6. Políticas familiares: coordinación, cooperación y transversalidad

En confluencia, el *II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016* impulsaba por su parte el ejercicio positivo de las responsabilidades familiares (parentalidad positiva) (6).

En materia de promoción de la parentalidad positiva, se destacan, entre otras, las siguientes iniciativas desarrolladas por diferentes entidades y ámbitos:

- ∞ *Programa-Guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales* Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) (143).
- ∞ *Creciendo juntos como padres y madres* (Save the children, 2009) (144).
- ∞ *Programa de desarrollo de habilidades parentales para familias* desarrollado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona en diferentes barrios de Barcelona por un equipo de enfermeras de salud comunitaria en colaboración con los Servicios Sociales en 2011 (123).

- ∞ *Proyecto Apego sobre evaluación y promoción de competencias parentales en el Sistema Sanitario Público Andaluz* dependiente de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales desarrollado en 2014 (113).
- ∞ *Instituto Universitario de Necesidades y Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia (IUNDIA)* creado en la Universidad Autónoma de Madrid desde el cual se desarrolla una línea de investigación específica en buenas prácticas en el marco de la Parentalidad Positiva (145).

La disciplina enfermera en la actualidad

Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.

Código deontológico, del CIE, © 2000

El cuidado, actividad fundamental de la Enfermería

Henderson describió la Enfermería como *una actividad social mundial, una fuerza creativa y constructiva para la sociedad, orientada a ayudar a las personas a realizar sus cuidados para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir de forma tranquila, potenciando sus capacidades, su fuerza, su voluntad y sus conocimientos para que los realice ella misma en la medida de lo posible* (14).

Distintos historiadores destacan que la Enfermería, como actividad, es tan antigua como la humanidad (146). La esencia de las enfermeras, y su razón de ser, son los cuidados de salud, entendidos estos como acciones orientadas a proteger, mejorar y preservar la humanidad (14,147).

Por ello, la Enfermería realiza un servicio necesario para la sociedad (148). Este servicio, en palabras de Hall (1979), es el resultado de la evolución que ha experimentado una actividad fundamental, el cuidado, en las sociedades y origina lo que se conoce como disciplina enfermera, la que se desarrolla de manera autónoma coordinada con otras profesiones (14,149).

La Enfermería como disciplina

La disciplina enfermera ha avanzado en las últimas décadas sustancialmente y experimenta una etapa de enriquecimiento y progreso indiscutible (148). Entre sus progresos se destaca la adquisición del rango universitario en el ámbito de las Ciencias de la Salud, la especialización, la creación de lenguajes y sistemas de información estandarizados, el liderazgo y la gestión de servicios, el impulso del marco epistemológico y el desarrollo de la Enfermería Basada en la Evidencia.

En España, la actividad profesional de las enfermeras se regula tanto en el Real Decreto 1231/2001 de Ordenación de la Actividad Profesional de la Enfermería como en la Ley 44/2003 de Ordenación de profesiones sanitarias (150,151).

La contribución social de la Enfermería se traduce en el compromiso que adquieren las enfermeras con las personas y sus familias, ofreciendo un servicio de cuidados orientado a promover resultados positivos en salud a nivel individual o grupal, en el contexto del

núcleo familiar o la comunidad, en las transiciones de la vida, en periodos de mayor vulnerabilidad o riesgo para la salud (33,152).

La mirada enfermera

Para dar respuesta a los retos y desafíos que existen en la atención sociosanitaria del siglo XXI, la disciplina enfermera se adhiere a la alternativa del paradigma holístico como esencia del cuidado, en contraposición al paradigma dogmático y cientificista (153). La perspectiva holística tiene documentadas sus raíces a principios del siglo XX y se fundamenta en los siguientes principios para la comprensión de la realidad enunciados por Gallego (1998): unidad, totalidad, desarrollo cualitativo, transdisciplinariedad, espiritualidad, aprendizaje (153).

Esta visión integradora para la comprensión de los fenómenos sociales, culturales y políticos posibilita a las enfermeras entender la realidad como un todo unitario y dinámico en sí mismo, en pro del desarrollo de actitudes y capacidades facilitadoras de los fenómenos de cuidado y la participación activa de la comunidad (153).

Además, la disciplina enfermera se han hecho eco de la necesidad de orientar la atención en Salud desde una perspectiva salutogénica, enfatizando la Promoción de la Salud Positiva, es decir en intervenciones dirigidas hacia el bienestar, el crecimiento y el desarrollo (35).

Cuidados enfermeros: Salud Familiar y Parentalidad Positiva

Las enfermeras acompañan a las personas desde etapas previas al nacimiento, apoyando la planificación familiar, el periodo perinatal y las secuenciales etapas del ciclo vital hasta la muerte. Diferentes autores, incluida Orem, han reconocido la variabilidad de modalidades de prestación de cuidados directos: de manera individual, orientada a la familia, al grupo y a la comunidad (62).

Desde siempre las enfermeras han sido conscientes de la importancia que tiene la familia en la salud y viceversa (97,154). Orem conceptualizó el grupo familiar como *un grupo de personas relacionadas entre sí biológica, legal o emocionalmente, que no necesariamente conviven en el mismo hogar y que comparten una historia común y unas*

reglas, costumbres y creencias básicas en relación con distintos aspectos de su vida en general y con el cuidado de la salud en particular (93).

Uno de los importantes centros de interés de Enfermería, es comprender la relación familia-salud y para ello se requiere una visión holística, integral y de reflexión de los hechos de la vida familiar y su importancia en la salud (97).

De la Cuesta (1995) explicaba que la familia se configura como un espacio donde se aprenden conductas de salud, se protege o se precipita la enfermedad y se reciben cuidados (49).

Silberstein (1997), fundamentada en las aportaciones de Orem, destaca que la familia se convierte en un recurso potencial de primera magnitud para el autocuidado (62). Por tanto, la familia se constituye como un recurso esencial para la promoción y el aprendizaje del autocuidado de todos sus miembros, además de servir como la principal proveedora de cuidados (62).

Según lo expuesto por Giraldo (2002), *la enfermera es la llamada a brindar cuidados de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de tal manera que descubra en cada una de las familias las potencialidades y fortalezas para que ayuden a mantener la adaptación en ellas (96).*

Primando la promoción de la salud, en materia de prevención el trabajo de las enfermeras con familias se dirigirá a (48):

- ∞ Prevención primaria, con la finalidad de anticipar sistemas disfuncionales.
- ∞ Prevención secundaria, interviniendo en las crisis tanto madurativas como situacionales.
- ∞ Prevención terciaria, apoyando a familias con necesidades y en circunstancia de disfuncionalidad.

El cuidado a la familia puede entenderse con dos enfoques o miradas diferenciadas según los planteamientos de Wright y Leahey (96):

- ∞ Priorizar a las personas en un sentido individual (sujetos de cuidados) y de manera extensiva al contexto de la familia, al representar esta su fundamento o entorno.
- ∞ Dirigir el cuidado a la familia completa en la que se integra la personas con igual consideración, es decir entender la familia como una unidad de cuidado.

La influencia recíproca entre persona y familia en materia de salud justifica el segundo enfoque y, por tanto, la familia se ha de plantear como un todo susceptible de recibir cuidados enfermeros, como una *unidad multipersonal de cuidados* (62).

En esta línea, Lima *et al.* (2009) afirmaban que *la familia debe ser considerada como objeto de estudio y una atención enfermera con características propias, diferentes a la suma de las de cada miembro, haciendo necesario un enfoque sistémico que oriente la atención hacia el grupo, entendiéndolo como sistema abierto, con una dinámica que le permite mantenerse en equilibrio con su entorno y el crecimiento de sus miembros* (66).

Al tener a la familia como sujeto de cuidado, se fortalece la salud familiar y comunitaria y la promoción de la salud y el fomento de los estilos de vida saludables (97).

Cabe destacar que desde los años 70, el Comité de Expertos de Enfermería de la OMS instaba a orientar los servicios enfermeros orientados a la salud familiar desde una concepción de la familia como unidad, como un sistema, atendiendo al propósito de responder ante las necesidades de salud, potenciando sus propios recursos y orientándola en la manera óptima de utilizar los servicios de atención a la salud (97).

En este marco, las enfermeras ofrecerán cuidados dirigidos al mantenimiento y la mejora de la dinámica familiar, facilitando la adaptación de la familia en las situaciones de crisis que puedan afectarlas, ayudándolas a identificar y utilizar los recursos disponibles para adoptar las estrategias de afrontamiento apropiadas (66).

De la Cuesta (1995) reconoce como objetivos del cuidado enfermero desde el enfoque familiar (49):

- ∞ Desarrollar en la familia un sentimiento de unidad y promover la cooperación, el apoyo mutuo y la coordinación dentro del grupo familiar.

- ∞ Desarrollar la capacidad de autocuidado y de cuidado a dependientes de los miembros de la familia, capacitando con más detenimiento a uno o varios de los miembros para que actúen autónomamente en relación con el autocuidado dentro del marco familiar, evitando el desgaste y la sobrecarga.
- ∞ Fortalecer las capacidades de la familia, atenuar sus disfunciones, y facilitar su desarrollo humano.

Por su parte, Silberstein (1997) relacionó el cuidado familiar con la Teoría del Autocuidado de Orem, señalando que es necesario identificar y priorizar las demandas de autocuidado del grupo familiar, valorar su capacidad de autocuidado, analizar los recursos y las limitaciones de esa familia para el autocuidado, comparando la demanda de autocuidado con la agencia de autocuidado (62). Según lo expuesto por distintos autores *cuidar desde un enfoque familiar* necesariamente obliga a *incluir a la familia en el proceso enfermero* (62,96).

Además, describió los modos de ayuda dirigidos a la familia: guiar, apoyar, enseñar y crear un ambiente propicio que permita al grupo familiar adaptarse a las distintas situaciones de cuidados a las que debe enfrentarse en el transcurso de su ciclo vital. Señala que *de esta manera la enfermera favorece en el seno de la familia algo tan esencial e insistentemente propugnado como la promoción de la salud y la responsabilidad de cada individuo frente a la misma* (62).

Aunque prácticamente la totalidad del colectivo enfermero coincide en la necesidad de considerar la familia como el elemento central del cuidado (154), en la práctica profesional continua predominando una atención parcializada, no considerando a la familia como cliente, como un *paciente legítimo*, como una entidad en sí misma que requiere cuidados enfermeros (62).

Persiste la conceptualización de la familia como proveedora de cuidados a sus miembros dependientes más que como cliente *per se*. Esto a pesar incluso del esfuerzo realizado por el Consejo Internacional de Enfermería de visibilizar la importancia de Cuidar a la Familia en el Día Internacional de la Enfermera del año 2002, celebrado bajo el lema *Cuidar a la familia: Las enfermeras dispuestas siempre a ayudarte*.

En este informe técnico se describen las *nueve estrellas* o funciones que desempeñan las enfermeras en el cuidado familiar (155):

- ∞ Educadora de salud
- ∞ Dispensadora y supervisora de cuidados
- ∞ Defensora de la familia
- ∞ Detectora de casos y epidemióloga
- ∞ Investigadora. Gestora y coordinadora
- ∞ Asesora
- ∞ Consultora
- ∞ Modificadora del entorno

En lo que respecta a la contribución específica realizada a la Salud Familiar y a la Parentalidad Positiva, las enfermeras orientan el cuidado a apoyar y educar en el proceso de transición y adaptación a la parentalidad persiguiendo la promoción de la salud, el bienestar y el desarrollo, tanto del sistema parental como del sistema fraternal (46,121,139,132,125,131).

En este sentido, impulsarán, tal y como vienen haciendo, el empoderamiento de las figuras parentales indistintamente de la diversidad y pluralidad familiar, favoreciendo el desarrollo del rol de manera efectiva e identificando precozmente diferentes problemáticas (139).

Según se destaca en la literatura, los resultados de estas intervenciones son prometedoras pero por el momento inconsistentes, precisando reforzar la investigación al respecto (132).

Estas intervenciones orientadas a la promoción de la Parentalidad Positiva y la Salud Familiar, se encuentran estrechamente vinculadas con el capítulo VII del Código Deontológico de Enfermería, relacionado con el Derecho del Niño a crecer en Salud y Dignidad, declarándose las obligaciones éticas y la responsabilidad social de las enfermeras y a partir del cual se desarrolla el siguiente articulado (12):

Artículo 38

Las enfermeras en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niño.

Artículo 39

La enfermera protegerá a los niños de cualquier forma de abuso y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

Artículo 40

En el ejercicio de su profesión la enfermera promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados, de forma que puedan crecer con salud y dignidad.

Artículo 41

La Enfermera deberá contribuir, mediante su trabajo, y en la medida de su capacidad, a que todos los niños tengan adecuada alimentación, vivienda, educación y reciban los necesarios cuidados preventivos y curativos de salud.

Artículo 42

La enfermera contribuirá a intensificar las formas de protección y cuidados destinados a los niños que tienen necesidades especiales, evitando que sean maltratados y explotados, en todo su ciclo vital. También procurará la reinserción o adopción de los niños abandonados.

En esta línea, las enfermeras trabajan estrechamente con las familias, en la valoración de la salud familiar según Novel *et al.* (2007) las enfermeras han de tener un conocimiento integral y realista, valorando el efecto real o potencial de la parentalidad, los patrones de comunicación entre los miembros de la familiar, los estilos de vida, la capacidad de afrontamiento/ayuda y los sistemas de apoyo (48).

El pensamiento y el método enfermero

Para todo lo anterior, las enfermeras han de desarrollar competencias de pensamiento crítico que les permitan tomar decisiones complejas en aras a:

- ∞ Satisfacer las necesidades de cuidados de salud de las personas de manera holística.
- ∞ Orientar estos cuidados hacia la excelencia.
- ∞ Respetar los Derechos Humanos, los aspectos éticos, deontológicos y legales.
- ∞ Procurar la humanización de la atención y la seguridad, la igualdad de género.
- ∞ Contribuir a la eficiencia del sistema y la optimización de recursos.
- ∞ Influir en las políticas e impulsar la agenda 2030 y el desarrollo de los ODS.

Los fundamentos de la ciencia enfermera se sustentan en modelos teóricos que proporcionan un referente conceptual para la práctica clínica. El ejercicio del cuidado se desarrolla mediante un método sistemático de resolución de problemas específico enfermero que sirve como referente metodológico de actuación (14).

Los modelos enfermeros son explicativos, describen la complejidad de la prestación de cuidados y orientan hacia el ejercicio práctico de la profesión (16). En ellos adquiere significado el metaparadigma enfermero, es decir, la manera en la que se comprenden fenómenos de especial relevancia tales como, el concepto de persona, de salud, el entorno y el cuidado.

En el marco de la atención a la familia, se han desarrollado diferentes modelos y teorías enfermeras específicos entre los que se destaca el Modelo de Interacción Familiar a propuesta de Satir (1972), el Modelo de Desarrollo Familiar de Duvall (1977), el Modelo familiar de Calgary, el Modelo de Promoción de la Salud en la Familia de Allen (1980). Este último, inspirado en un enfoque sistémico, resulta especialmente interesante, debido a que apuesta por la promoción de la salud mediante la activación de procesos de aprendizaje dirigidos a los diferentes miembros de la familia.

La Teoría General del Autocuidado de Dorothea Orem

De entre todos los modelos conceptuales enfermeros, la investigación actual se sustenta en la Teoría General del Déficit de Autocuidado desarrollada por Orem y publicada en *Enfermería, conceptos y práctica* en el año 1971, el que, a pesar de no ser un modelo específico familiar, también hace extensiva su aplicación al cuidado familiar.

La elección de este modelo viene condicionada por su valor conceptual y de aplicación a la práctica, marco de referencia en el Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá, ámbito del estudio.

Dorothea Orem fue una destacada enfermera norteamericana que vivió en la segunda mitad del siglo XXI. Desarrolló su ejercicio profesional en todos los ámbitos de la profesión y le ha sido otorgado el título honorífico de Doctora en Ciencias y el de Doctora en Letras (14).

Este modelo teórico es considerado una de las grandes teorías enfermeras dado su alto nivel de complejidad, su aceptación y su aplicación universal (14).

Kerouac destacó su orientación hacia la persona y la categorizó en el marco de la Escuela de Necesidades, no obstante, Riehl-Sisca enfatizó la importancia que Orem otorgó a la relación terapéutica establecida entre las enfermeras con las personas a las que ofrece cuidados, considerando desde esta perspectiva a este modelo en la Escuela de la Interacción (14). Desde estas perspectivas se recalca la importancia que esta representativa enfermera otorgaba tanto a la persona, sus necesidades y el valor de la relación de ayuda.

El modelo de Orem ha sido aceptado en los diferentes ámbitos de la disciplina enfermera: asistencia, docencia, investigación, gestión (14,156). Orem explicó los fenómenos propios de la Enfermería desarrollando la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería (14,157).

La esencia del modelo subyace en que las personas son capaces de realizar acciones por sí mismas para regular su funcionamiento y fomentar la salud (autocuidados) o las reciben de otras personas (cuidados dependientes) (14).

La actuación enfermera (cuidado enfermero) se justifica cuando aparece un Déficit de Autocuidado y la persona por sí misma, o con ayuda de otros, no puede satisfacer sus demandas de autocuidado asociadas a los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo o de desviación de la salud.

Las enfermeras acompañan y responden a los requerimientos de salud de las personas y las familias con el propósito de mejorar su propio autocuidado, el cuidado a otros y la salud familiar tanto en situaciones de desarrollo como las relacionadas con la promoción y/o la desviación de la salud (14,156).

La promoción y el mantenimiento de la salud a través de intervenciones educativas de fomento del autocuidado es uno de los puntos fuertes del modelo de Orem (157).

En lo que a esta investigación concierne, las enfermeras se encuentran en disposición de identificar los factores condicionantes básicos de la salud de niños, niñas, adolescentes y figuras parentales, así como los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación de la salud con el propósito de evaluar su demanda y agencia de autocuidado, es decir, sus requerimientos y sus capacidades, incluyendo lo que esta autora describe como *agencia de cuidado dependiente* que sería el equivalente al rol desempeñado por las figuras parentales (14,156).

En caso de que sea necesario, las enfermeras, a partir de los sistemas de enfermería, compensarán total o parcialmente la agencia de Autocuidado de las personas o bien aportarán el apoyo y la educación necesarios para su compensación desde los diferentes métodos de ayuda: actuar por otro, enseñar a otro, proporcionar un entorno para el desarrollo, guiar, apoyar (14).

El modelo de Orem muestra semejanzas con el modelo salutogénico, puesto que se orienta a la mejora de la salud, su mantenimiento o recuperación; describe los cuidados de salud como prácticas que han demostrado valor en la promoción de la salud y destaca también la importancia de la prevención (14).

Por todo lo anterior, el modelo es pertinente para el estudio del significado del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* en base a ofrecer un marco que permite explicar y entender

el importante rol de las figuras parentales (agencia de cuidado dependiente) en la atención y cuidados que ofrecen en las primeras etapas de la vida a los niños, niñas y adolescentes durante su proceso de crecimiento y desarrollo y la satisfacción de sus requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación a la salud, en su aprendizaje de autocuidados y en pro de la promoción de la salud personal y familiar, enfatizando además en la prevención primaria y la detección de posibles riesgos.

El proceso enfermero

En lo que respecta al referente metodológico, la Enfermería sustenta su práctica profesional en una metodología para la resolución de problemas fundamentada en el método científico, aceptada internacionalmente y que recibe diferentes denominaciones. De entre ellas, las más reconocidas son: metodología enfermera, Proceso Enfermero (PE) y Proceso de Atención en Enfermería (PAE) (158).

El PE se define como un proceso científico que propicia la investigación, análisis, interpretación y evaluación de los cuidados de Enfermería (33). Espinosa y González (2017) ponen de manifiesto que su uso podría constituir el elemento que garantice mayor rigor en la práctica y avisan de que su incorrecta aplicación puede condicionar la validez de las intervenciones enfermeras, el bienestar y la seguridad de las personas (15).

Mediante el PE se establece una relación de ayuda, sustentada en el conocimiento, la razón y el cuidado (149), el que posibilita brindar cuidados de manera racional, lógica y sistemática y tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades de la persona, la familia y las comunidades (97).

Aunque en los años 50, el PE constaba de tres etapas (análisis, síntesis y evolución), en la década siguiente, se modifica sustancialmente la estructura y la denominación, estableciéndose cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación) (158).

En los 50, Mc Manus utilizó por primera vez el término diagnóstico enfermero (159). Por su parte, Fry consideró el mismo con un paso más dentro del proceso enfermero (160).

A partir de los primeros trabajos en torno al mismo, en la década de los 70, el proceso quedó configurado en las cinco fases actualmente vigentes: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (158).

Se ha reconocido el diagnóstico, o la posibilidad de describir los fenómenos competencia de la disciplina del cuidado, como uno de los principales logros de la profesión (33). Escalada (2016), citando a Avant (2011), pone de manifiesto que el diagnóstico enfermero representa un fenómeno de interés relevante para la disciplina (161), siendo el resultado de un proceso de análisis e interpretación crítica de los datos recopilados en la etapa inicial de valoración (149).

El diagnóstico posibilita que la enfermera identifique y enuncie las necesidades de cuidados de salud sobre las que demuestra autonomía de actuación y responsabilidad para conseguir resultados (15). Gordon definió el diagnóstico enfermero como un problema de salud real o potencial, el que, en virtud de su educación y experiencia, las enfermeras son capaces y están acreditadas para tratar (159).

El diagnóstico es el eje central del proceso de Enfermería porque los problemas que identifica son la base del plan de cuidados (33). Los diagnósticos son fundamentales para el PE orientan hacia los resultados en salud positivos, debido a que permiten definir las respuestas humanas a problemas de salud, problemas vitales reales o potenciales y oportunidades para la promoción de la salud (20).

El diagnóstico enfermero se define como *un juicio sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales”, proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable.*

Shoemaker (1984) estableció las características esenciales de un diagnóstico (33):

- ∞ Es el resultado de un problema o alteración del estado de salud de un paciente.
- ∞ Puede referirse a problemas potenciales de salud.
- ∞ Es una conclusión que se basa en un grupo de signos y síntomas que pueden confirmarse.
- ∞ Es el enunciado de un juicio de enfermería.

- ∞ Se refiere a una condición que la enfermera tiene autoridad legal para tratar.
- ∞ Se limita a aquellas condiciones que pueden ser tratadas independientemente por enfermería.
- ∞ Se refiere a las condiciones físicas, psicológicas y socioculturales y espirituales de las personas.

Los diagnósticos se enuncian como resultado de la fase de análisis e interpretación crítica de los datos reunidos durante la valoración posibilitando extraer conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas de las personas (149). En este proceso resulta especialmente relevante que las enfermeras desarrollen precisión diagnóstica (la persona presenta o no características definitorias o factores de riesgo asociadas al diagnóstico) y enuncien diagnósticos pertinentes (adecuados al momento y a la sujeto de cuidados) y relevantes (el diagnóstico influye de manera más determinante que otros para la mejora de la salud de las personas) (15).

Se identifican tres tipos de diagnósticos enfermeros (DxE): de promoción de la salud, de riesgo y reales en función describan situaciones en las que las personas desean promover su salud, pueden ser vulnerables a condiciones negativas de salud o experimentan procesos que evidencien claramente desviación de salud (17).

En lo que respecta a la estructura del diagnóstico, estos se encuentran conformados por una etiqueta diagnóstica, definición, factores relacionados o de riesgo (etiología, factor contribuyente o causa subyacente) y características definitorias (signos y síntomas), en este último caso en los diagnósticos reales. Los factores relacionados y de riesgo describen factores del entorno, fisiológicos, psicológicos y otros que incrementan la vulnerabilidad de la persona, familia, grupo o comunidad fundamentalmente en los diagnósticos de riesgo (162).

Su formulación se realiza siguiendo el formato PES: problema de salud (P), factores relacionados o etiológicos (E), características definitorias o serie de signos y síntomas (S) (149). En la Figura 14 se sintetiza el proceso de formulación diagnóstica.

DxE Promoción de la salud	DxE de Riesgo	DxE Real
<ul style="list-style-type: none"> • Formulación PES: Etiqueta manifestado por características definitorias • Nivel atención: Promoción de la Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulación PES: Etiqueta relacionado con factores de riesgo • Nivel atención: Prevención de procesos de desviación de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Formulación PES: Etiqueta relacionado con factores relacionados manifestado por características definitorias • Nivel atención: Desviación de la salud

Figura 14. Formulación diagnóstica según formato PES.

Fuente: elaboración propia.

Una vez formulados, los diagnósticos enfermeros pueden tener una duración limitada y resolverse en el contexto en el que la persona/familia/comunidad recibe atención, alargarse en el tiempo y/o continuar al alta. Aquellas necesidades de salud/problemas pendientes de solución se incluyen en los informes de enfermería al alta con la finalidad de ofrecer y hacer factible la continuidad de cuidados (149).

Pinto *et al.* (2015), entre otros, ponen de manifiesto que los diagnósticos de Enfermería son especialmente determinantes de la calidad de los cuidados enfermeros (20,30). Por su parte, Jenny (1994) destacó la aportación de los diagnósticos enfermeros al desarrollo de las ciencias enfermeras (163).

Su importancia ha sido ampliamente reconocida por las enfermeras. En este sentido, se aprovecha rescatar las palabras de Gordon (1997), citada por Romero (2015), la que explicaba *sin un lenguaje diagnóstico, la práctica profesional se reduce a la mera descripción de tareas utilizadas en la intervención* (158).

La implementación y el uso del diagnóstico enfermero, a pesar de estar generalizado a nivel internacional, es desigual por parte de las enfermeras. En la práctica clínica, las tecnologías de la información y la computación han facilitado su integración (164).

El lenguaje profesional enfermero, una realidad necesaria

El PE sirve de herramienta a la disciplina enfermera para identificar su quehacer y ha de ser acompañado por un lenguaje profesional específico, basado en la utilización de clasificaciones estandarizadas o taxonomías para diagnósticos enfermeros, resultados

esperados e intervenciones (33). Las taxonomías permiten describir los fenómenos de interés para la enfermería (16).

Ambas partes, PE y lenguaje enfermero constituyen lo que actualmente las enfermeras distinguen como metodología enfermería. Aunque existe acuerdo y conformidad por parte de la comunidad enfermera respecto al PE, el léxico o lenguaje profesional, continúa siendo motivo de discusión y debate para el colectivo de enfermeras, representando uno de los principales retos para la profesión.

López-Romero (2015) explica que *la utilización del método adecuado y el uso de una terminología común son factores de gran importancia para conseguir homogeneizar, normalizar la práctica profesional* y enfatiza las aportaciones de Sánchez-Prieto (2007) *No se domina lo que no se nomina* (158).

En los últimos veinticinco años, las enfermeras de todo el mundo han impulsado el desarrollo teórico y práctico de los cuidados de enfermería y su lenguaje preciso y unificado, reconocido nosológicamente como Lenguaje Enfermero Estandarizado o Sistema de Lenguaje Enfermero (SLE) (15).

Los LEE adquieren especial protagonismo debido a que consolidan la identidad profesional, explicitan la aportación y responsabilidad profesional, ofrecen soporte teórico a la práctica, contribuyen a la calidad asistencial y los procesos de gestión clínica, mejoran la documentación clínica y la generación de conocimiento, brindando oportunidades para la docencia y la investigación (165,166). El desarrollo del lenguaje del cuidado influyó en la percepción y reconocimiento que tanto la población, profesionales y organizaciones tenían de la Enfermería (15).

A nivel de la práctica asistencial, el uso e implementación del lenguaje profesional posibilita (20):

- ∞ Nombrar el conocimiento enfermero.
- ∞ Identificar los fenómenos propios de la disciplina.
- ∞ Emitir juicios clínicos.
- ∞ Facilitar la comunicación con las personas que son cuidadas e interdisciplinar.
- ∞ Mejorar la calidad de la documentación clínica.

∞ Promover la continuidad de cuidados.

Dentro de los LEE más utilizados se ha reconocido la taxonomía NANDA Internacional, la taxonomía NOC, la taxonomía NIC y la CIPE. En una revisión sistemática se objetivó que la utilización de las taxonomías NANDA, NOC y NIC estaban presentes en el 70% de las publicaciones sobre lenguajes enfermeros, de manera combinada o individual (158).

La clasificación de diagnósticos enfermeros de la *North American Nursing Association* (NANDA), que permite describir las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad en distintas situaciones de salud, es la taxonomía diagnóstica más difundida en la actualidad, de tal modo que la comunidad científica cuidadora parece haber llegado a un acuerdo tácito para adoptarla (16).

En comparación con otras taxonomías diagnósticas, Müller-Staub *et al.* (2007, citados por Brito *et al.* (2012), explican que la clasificación NANDA-I reúne mejores criterios diagnósticos porque sus enunciados son definidos conceptualmente en términos de respuestas a problemas de salud o procesos vitales (164).

Prueba de ello son las múltiples traducciones a distintos idiomas y su inclusión en diversos estándares de clasificación internacional y de sistemas de información, así como su potencial en la elaboración de conjunto mínimos básicos de datos. Algunos autores incluso plantean que sería interesante no invertir esfuerzos en crear otras taxonomías diagnósticas y perfeccionar las existentes (16).

En España existe acuerdo respecto a la pertinencia de uso de un LEE. El estudio de la metodología enfermera, PE y LEE está incorporado al currículo básico del Grado de Enfermería. En la práctica asistencial su utilización es desigual, en muchos de los casos los sistemas informatizados han facilitado su implementación, aunque no siempre estos responden de manera oportuna al PE en los términos deseados ni se sustentan de manera satisfactoria en las taxonomías (15).

A partir del desarrollo de un proyecto del Ministerio de Sanidad en su deseo de implementar la Historia Clínica Digital en todo el territorio del Sistema Nacional en

Salud, se reconoció y reguló el uso de los lenguajes estandarizados de enfermería mediante la publicación del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud donde figuran, además de otros datos referencia expresa a las taxonomías NANDA-NOC y NIC (158,167). Desde aquel momento, los informes de continuidad de cuidados al alta de enfermería en nuestro país han de incluir lenguaje estandarizado enfermero de manera normalizada.

Todo lo anterior confirma la necesidad de impulsar y trabajar en torno a los lenguajes enfermeros y las taxonomías vigentes desde diferentes estrategias disciplinares.

La Taxonomía NANDA-I

En el marco de los LEE, la NANDA es pionera puesto que comenzó a codificar, agrupar y nominar los diagnósticos en una taxonomía lógica (15). Se ha reconocido la taxonomía NANDA-I como la base de la Enfermería Internacional (168) e incluso como equivalente a la CIE (27).

De manera específica, la taxonomía NANDA, desde principios de siglo denominada NANDA Internacional (NANDA-I), representa la clasificación diagnóstica de mayor envergadura y desarrollo, ofrece no solo un lenguaje enfermero si no que en sí misma adquiere un valor superior a modo de cuerpo de conocimientos enfermeros (20).

Esto es debido a que los diagnósticos que contiene esta clasificación, son el resultado de procesos de razonamiento clínico realizados por enfermeras que describen observaciones clínicas fundamentadas en bases teóricas, conocimientos y experiencia (149). Aunque cada diagnóstico ha de estar basado en la investigación, las evidencias que sustentan unos diagnósticos frente a otros son diferentes (15).

En paralelo al desarrollo de la taxonomía NANDA-I se venían construyendo las taxonomías NIC y NOC que la complementaban y ofrecían mayor fortaleza y constructo teórico al PE. Tal y como señalan González y Espinosa (2017) “El desarrollo del conocimiento y el lenguaje enfermero pasa por un desarrollo conjunto y coordinado de estos tres lenguajes que permita identificar una profesión con una complejidad tan alta como la disciplina enfermera” (15).

La taxonomía NANDA-I ha sido traducida a 20 idiomas, entre ellos el español. Se trata de una tarea complicada al tratarse de una traducción conceptual en ocasiones matizable y que, sin duda, requiere de una adaptación cultural (162).

A pesar de que la taxonomía continúa evolucionando, se la reconoce como la clasificación que ofrece una mayor comprensión de los diagnósticos enfermeros de las existentes en la actualidad (27), puesto que la taxonomía posibilita categorizar y clasificar diagnósticos, ofreciendo a los profesionales una terminología común (20).

Resultado de su trabajo, la NANDA provee a las enfermeras un sistema internacional que ayuda a conceptualizar la ciencia enfermera, facilita la toma de decisiones clínicas, permite utilizar un lenguaje estandarizado, cumplimentar registros precisos y desarrollar sistemas electrónicos de información (165,166). La taxonomía NANDA-I es pieza clave en el trabajo enfermero (162).

Los diagnósticos enfermeros de NANDA-I son ampliamente utilizados en la práctica asistencial (164). En España, la influencia de la NANDA resulta incuestionable respecto al impulso que ha aportado al desarrollo y la implementación de los diagnósticos enfermeros (15). La trayectoria de NANDA-I es extensa y dilatada, en la Tabla 3 se sintetizan los hitos considerados relevantes tanto en su evolución como en su desarrollo en España.

Se quiere hacer destacar que la internalización y expansión del concepto diagnóstico fue tal en la década de los noventa que, en España, se fundó en 1996 la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) vigente en la actualidad. A lo largo de estos 25 años, esta sociedad científica ha velado por el fomento del conocimiento y la utilización de las nomenclaturas enfermeras apostando claramente por la taxonomía diagnóstica NANDA-I.

Ese mismo año Levin, promotora conjuntamente con Gebbie, ambas profesoras de la Universidad de St. Louis (Missouri) de la *I Conferencia Nacional para la Clasificación de Diagnósticos Enfermeros* en 1973, fue invitada como ponente por la Universidad de las Islas Baleares, la Universidad de Alcalá y la Asociación Española de Enfermería Docente a distintos encuentros científico-formativos, tal y como se recoge en una

entrevista realizada por Francisco del Rey³, en su etapa como corresponsal de la Revista Rol de Enfermería (169).

Tabla 3. Hitos históricos significativos sobre el diagnóstico enfermero

Hitos históricos significativos sobre el diagnóstico (15,163)	
1973	Primera Conferencia en torno al diagnóstico enfermero celebrada en San Louis.
1980	American Nurses Association define Enfermería como Diagnóstico y Tratamiento de respuestas humanas.
1982	Fundación de la NANDA, creación de la Taxonomía I.
1987	La NANDA establece contacto con la OMS y el CIE para incluir la taxonomía en la CIE-10. La propuesta no se admitió, pero se incluyó en otro grupo de la familia de clasificaciones de la OMS, en el capítulo “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.
	En la III Conferencia Nacional de la NANDA se constituye el “grupo de Enfermeras Teóricas”, dirigido por Callista Roy: Bircher, Ellis, Fitzpatrick, Gordon, Hardy, King, McKay, Newman, Orem, Parse, Rogers, Smith y Torres.
1989	Órgano Rector del CIE se propone establecer la Clasificación Internacional del Ejercicio de la Enfermería (CIEE). En España en las X Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente coordinadas por Mompert se desarrolla el <i>Seminario permanente de diagnósticos de Enfermería</i> .
1990	Definición oficial del diagnóstico. En España grupo de trabajo coordinado por Ballesteros, bajo la dirección de Carpenito, realizó la traducción del listado de diagnósticos enfermeros: Lidón, Barrachina, Bernat, Besora, Bohigas, Fernández, Luis, Martínez, Ortega, Rigol, Ugalde.
1991	Convocatoria en París para creación de la Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería (>500 enfermeras distintos países: Francia, Bélgica, Suiza, Italia y España).
1992	Jornada anual de trabajo coordinadas por Gordon celebradas bajo el lema <i>Validación y utilización clínica de los diagnósticos enfermeros</i> en Rennes.
1993	Jornada anual de trabajo coordinadas por Gordon celebradas bajo el lema <i>Validación y utilización clínica de los diagnósticos enfermeros</i> en Bruselas y París. Primera Conferencia Europea de Diagnósticos de Enfermería celebrada en Copenhague. XX Congreso Cuadrienal del CIE celebrado en Madrid (España). Grupo de trabajo dirigido por Clark <i>Diagnóstico/Clasificación de Enfermería</i> . Presentación del proyecto internacional OMS/ICN <i>Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera (ICPN)</i> .
1994	Jornada anual de trabajo coordinadas por M. Gordon celebradas bajo el lema <i>Validación y utilización clínica de los diagnósticos enfermero</i> en París. XI Conferencia de la NANDA, panel internacional presentación trabajos de los distintos países.
1995	Segunda Conferencia Europea de Diagnósticos de Enfermería celebrada en Copenhague. En España Trabajos de Traducción de Ugalde y Rigol.
1996	Conformación de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE).
2000	Publicación en España de Luis <i>Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica</i> .
2002	Reconocimiento de la NANDA como organismo internacional, cambio de denominación a NANDA Internacional (NANDA-I). Aprobación de la taxonomía II respetando los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurses Association (ANA).

³ Distinguida Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá, referente española como experta en Fundamentos de Enfermería.

En la Universidad de Alcalá, y concretamente en la anteriormente denominada Escuela de Enfermería de la Universidad de Alcalá, acogieron una jornada de trabajo liderada por Levin con el equipo de profesores entre los que se encontraba la profesora Francisco del Rey. Este hito muestra el interés de las profesoras enfermeras de la UAH por los diagnósticos NANDA y su perfil innovador para la fecha.

Por aquel entonces, un grupo de enfermeras españolas organizadas bajo la denominación de *Grupo Español para el estudio de los Diagnósticos Enfermeros* (GREEDE) trabajaban por la implementación y la difusión de los diagnósticos enfermeros en España. Estas enfermeras acudieron a la XII Conferencia de la NANDA, celebrada en el año y son actualmente referentes nacionales de reconocido prestigio (169).

Hasta 2002, NANDA-I no comenzó a usar criterios para el establecimiento de niveles de evidencia (NDE) en los diagnósticos publicados. Actualmente el Comité Docente e Investigador de la NANDA-I está revisando estos criterios para mejorar el nivel de evidencia. El objetivo perseguido es fundamentar que estos tengan, al menos, un NDE 2.1, es decir, que incluyan etiqueta, definición, características definitorias, factores de relación/riesgo y referencias (162).

Por otro lado, también se está focalizando en fortalecer la práctica clínica de los indicadores de los DXE (características definitorias y factores relacionados) para conseguir un NDE3, haciendo hincapié en seleccionar aquellas características definitorias más relevantes para la definición del diagnóstico obviando aquellas que no sean útiles clínicamente. Con esto se pretende facilitar la toma de decisiones enfermeras (162).

En la clasificación de diagnósticos enfermeros de NANDA-I correspondiente a la edición de 2015-2017, momento en el que se comienza esta investigación, la taxonomía se organiza en 13 dominios, 47 clases y acumula un total de 235 diagnósticos enfermeros (20). En junio de 2019, se publica en español la undécima edición, incorporando la revisión de 72 etiquetas diagnósticas e incluyendo 17 nuevos diagnósticos, aumentando por tanto la taxonomía a 244 etiquetas diagnósticas (17).

En la edición actual se ha ampliado la estructura del diagnóstico con motivo de fomentar la precisión diagnóstica. La etiqueta se verá acompañada de factores relacionados o de

riesgo y características definitorias según sea el tipo de diagnóstico y se diferencian además dos nuevas categorías:

- ∞ Población de riesgo: grupos de personas que comparten una característica que hace que sean susceptibles a una respuesta humana particular, como la demografía, la historia familiar/de salud, etapa de crecimiento, desarrollo o exposición a ciertos eventos, experiencias.
- ∞ Problemas asociados: Diagnósticos médicos, heridas, procedimientos, dispositivos médicos o agentes farmacológicos.

En la taxonomía NANDA existe un número representativo de etiquetas del dominio psicosocial relacionadas con la conducta, la comunicación, el afrontamiento, las emociones, los conocimientos, el rol, las relaciones, la autopercepción y el autoconcepto (149).

Algunos autores reconocen que los diagnósticos NANDA relacionados con el área psicosocial, han sido escasamente estudiados, por el contrario, se reconoce el importante papel de las enfermeras en la identificación y abordaje de los problemas psicosociales (164).

Según las aportaciones de Brito *et al.* (2009), los diagnósticos psicosociales representan *aquellas situaciones de estrés social que producen o facilitan la aparición, en los individuos afectos, de enfermedades somáticas, psíquicas o psicosomáticas, dando lugar también a crisis y disfunciones familiares con graves alteraciones en la homeostasis familiar, capaces de generar manifestaciones clínicas en algunos de sus miembros* (24).

Las respuestas humanas del área psicosocial susceptibles de cuidados enfermeros no han sido una prioridad de acción o investigación. En lo que respecta a la salud familiar, escasos son los estudios de prevalencia de diagnósticos NANDA.

En Colombia, Domínguez-Nariño *et al.* (2012) realizaron un análisis de las etiquetas más prevalentes utilizadas para la atención a la familia entre las que se encontraba: *conductas generadoras de salud y manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar*. Por el contrario, las utilizadas en menor medida eran: *conflicto del rol parental y riesgo de deterioro de la vinculación entre padres y el lactante-niño* (97).

Tanto en la edición predecesora como en la actualmente vigente, en el dominio 7 se clasifican las etiquetas diagnósticas relacionadas con el desempeño de roles, la interacción social y las relaciones en el ámbito familiar (17,20). El dominio se organiza en tres clases diferenciadas *Roles de Cuidador*, *Relaciones Familiares* y *Desempeño del Roles* en las cuales se agrupan 15 etiquetas diagnósticas según se refleja en la Tabla 4.

Tabla 4. Diagnósticos enfermeros dominio 7 Rol/Relaciones.

DOMINIO 7 Rol/Relaciones	
Clase 1. Roles de Cuidador	00061 Cansancio del rol de cuidador
	00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador
	00056 Deterioro parental
	00164 Disposición para mejorar el rol parental
	00057 Riesgo de deterioro parental
Clase 2. Relaciones familiares	00063 Procesos familiares disfuncionales
	00159 Disposición para mejorar los procesos familiares
	00060 Interrupción de los procesos familiares
	00058 Riesgo de deterioro de la vinculación
Clase 3. Desempeño del rol	00064 Conflicto del rol parental
	00055 Desempeño ineficaz del rol
	00052 Deterioro de la interacción social
	00223 Relación ineficaz
	00207 Disposición para mejorar la relación
	00229 Riesgo de relación ineficaz

El diagnóstico enfermero “Riesgo de deterioro parental”

Vulnerable a la incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer el bienestar del niño.

NANDA-I

Diagnósticos NANDA relacionados con la Parentalidad

Actualmente, en la taxonomía NANDA-I se reconocen los diagnósticos enfermeros relacionados con el rol parental o la parentalidad presentados en la Figura 15 que se muestra a continuación (17,20,22).

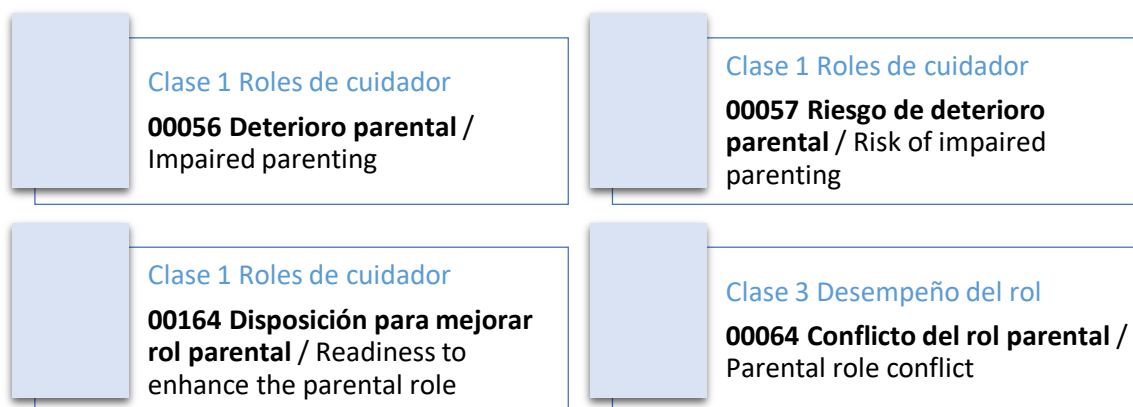


Figura 15. Etiquetas NANDA relacionadas con la parentalidad.

Fuente: elaboración propia.

Aunque existe un volumen moderado de publicaciones enfermeras cuyo núcleo de estudio se centra en la parentalidad y la crianza, la evidencia científica al respecto de estos diagnósticos es prácticamente inexistente. Solamente se ha localizado una revisión realizada en 2005 sobre el diagnóstico *Deterioro del rol parental*, la que pretendió determinar los factores asociados (22).

Con estos datos se puede afirmar que existen lagunas de conocimiento y déficit de evidencia en relación con los diagnósticos enfermeros relacionados con la parentalidad y la crianza, convirtiéndose en un nicho de estudio relevante para la disciplina y que merece ser priorizado por parte de la comunidad científica enfermera.

A modo descriptivo se puede resaltar que los diagnósticos *Deterioro parental* y *Riesgo de deterioro parental* fueron incorporados a la taxonomía en el año 1978, es decir, en los primeros momentos de desarrollo de la taxonomía lo que muestra un interés genuino y precoz por esta área de conocimiento. Con posterioridad, a finales de la década de los 80 y diez años después de los predecesores, se incluyó el diagnóstico *Conflicto del rol parental*. Finalmente, según la evolución de la taxonomía y la valoración de los

diagnósticos de promoción de la salud, se agregó la etiqueta diagnóstica *Disposición para mejorar el rol parental*.

Respecto a su significado se ponen de manifiesto fenómenos diferentes que orientan hacia usos e intervenciones en distintas situaciones del cuidado tal y como puede comprobarse en la siguiente Tabla 5:

Tabla 5. Significado diagnósticos enfermeros relacionados con la Parentalidad.

<i>00056 Deterioro parental</i>	Incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.
<i>00057 Riesgo de deterioro parental</i>	Vulnerable a la incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer el bienestar del niño.
<i>00064 Conflicto del rol parental</i>	Experiencia parental de confusión y conflicto en el rol en respuesta a una crisis.
<i>00164 Disposición para mejorar rol parental</i>	Patrón de provisión de un entorno para los niños que promueve el crecimiento y desarrollo, que puede ser reforzado.

Excepto la etiqueta *Conflicto del rol parental* que se integra en la *Clase 3: Desempeño del rol*, el resto se encuentran en la *Clase 1: Roles de cuidador*.

En la 11ª edición de la taxonomía correspondiente al periodo 2018-2020, se reflejan los años de revisión de las diferentes etiquetas y el nivel de evidencia alcanzado (17). A continuación, en la Figura 16 se ordenan de manera creciente en función del número de revisiones realizadas sobre los diferentes diagnósticos.

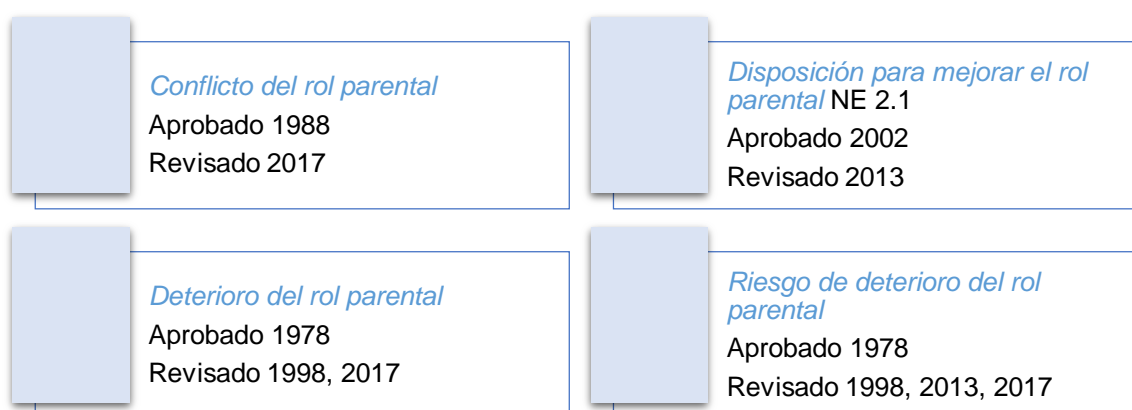


Figura 16. Diagnósticos relacionados con la parentalidad.
Fuente: elaboración propia.

Debido a que solamente la etiqueta de promoción de la salud cuenta con nivel evidencia 2.1, en la taxonomía vigente se avisa de que el resto se encuentran en situación crítica y procederán a ser retiradas de la edición 2021-2023 a no ser que se complete el nivel de evidencia hasta 2.1 o superior con trabajo adicional (17).

De entre los diagnósticos enunciados, dado que el diagnóstico de promoción de la salud cuenta con suficiente evidencia, se priorizó sobre la etiqueta *00057 Riesgo de deterioro parental* para el propósito de actualizar y fortalecer su nivel de evidencia. En el paradigma de la Salud Positiva y Parentalidad Positiva ambos diagnósticos son especialmente relevantes, en el sentido de fortalecer los activos en salud y detectar con anticipación el posible riesgo.

El diagnóstico *Riesgo de deterioro parental*

Desde la propia NANDA-I se ha reconocido el importante rol de las enfermeras en identificar a personas, familias, grupos y comunidades en riesgo y protegerles del mismo (170).

Para realizar una aproximación y presentación del diagnóstico cabe recordar que los diagnósticos de riesgo describen respuestas humanas que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad vulnerables (170).

En este sentido, NANDA-I define a los diagnósticos de riesgo como *un juicio clínico sobre las experiencias/respuestas humanas frente a condiciones de salud/procesos vitales que tienen una probabilidad alta de desarrollarse en una persona, familia, grupo o comunidad vulnerable* (20). Los diagnósticos de riesgo se sustentan en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad sobre los que la enfermera seleccionará intervenciones y contrarrestar la vulnerabilidad asociada (170).

En el momento de iniciar esta investigación estaba vigente la taxonomía 2015-2017. Debido a ello se focalizó el estudio en la etiqueta diagnóstica *00057 Riesgo de deterioro parental* tal cual se encontraba publicada. Para la edición 2018-2020 se introdujeron cambios estructurales que afectaban a la globalidad de los diagnósticos de riesgo y modificaban sustancialmente las categorías de organización de los factores de riesgo en: Factores de riesgo, Población de riesgo y Problemas asociados (17).

A tenor de estos cambios, en la Tabla 6 se presenta el diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* tal cual se encuentra publicado en cada una de las dos ediciones, el que será estudiado en profundidad en las distintas fases que compone la investigación.

Tabla 6. Modelo diagnóstico de las taxonomías NANDA-I 2015-2017 y 2018-2020.

Taxonomía 2015-2017	Taxonomía 2018-2020
Dominio 7. Rol/relaciones	Dominio 7. Rol/Relaciones
Clase 1. Roles de cuidador	Clase 1. Roles de cuidador. Concepto: Crianza
Definición: Vulnerabilidad del cuidador principal a la incapacidad para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer su bienestar.	Definición: Vulnerable a la incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer el bienestar del niño.
Factores de riesgo (64 FR)	Factores de riesgo (67 FR)
<u>Conocimientos</u>	<u>Lactante o niño</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Alteración de la función cognitiva 2. Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño 3. Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño 4. Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales 5. Expectativas poco realistas 6. Habilidades comunicativas ineficaces 7. Nivel educativo bajo 8. Preferencia por los castigos físicos 9. Preparación cognitiva para la paternidad insuficiente 10. Respuesta insuficiente a las señales del niño 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas parentales 2. Separación prolongada de los padres
<u>Fisiológicos</u>	<u>Parental</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad física 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso a recursos insuficiente 2. Aislamiento social 3. Apoyo social insuficiente 4. Baja autoestima 5. NUEVO Cambios en el patrón de sueño 6. Cohesión familiar insuficiente 7. Conflicto entre la pareja 8. Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño 9. Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño 10. Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales 11. Cuidado prenatal insuficiente 12. Cuidados prenatales del último periodo de embarazo 13. Depresión 14. Deprivación del sueño 15. Disposición para los cuidados del niño inadecuada 16. Estrategias de afrontamiento ineficaces 17. Estresores 18. Expectativas no realistas 19. Falta de implicación de la madre 20. Falta de implicación del padre 21. Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro 22. Habilidades de comunicación ineficaces 23. Habilidades de resolución de problemas insuficientes 24. Incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias 25. Modelo del rol parental insuficiente 26. Patrón de sueño no reparador 27. Preferencia por los castigos físicos 28. Recursos insuficientes 29. Respuesta insuficiente a las señales del niño
<u>Lactante o niño</u>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Afección discapacitante 2. Alteración de las habilidades perceptuales 3. Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas parentales 4. Enfermedad 5. Prematuridad 6. Retraso en el desarrollo 7. Separación prolongada de los padres 8. Sexo distinto al deseado 9. Temperamento difícil 10. Trastorno conductual (p.ej. déficit de atención, oposición desafiante) 	
<u>Psicológicos</u>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Afección discapacitante 2. Antecedentes de abuso de sustancias 3. Antecedentes de enfermedad mental 4. Depresión 5. Deprivación del sueño 6. Dificultad para el proceso de parto 7. Embarazos muy seguidos 8. Juventud de los padres 9. Número de embarazos elevado 10. Patrón de sueño no reparador (p. ej., a causa de las responsabilidades del cuidador, 	

<p>prácticas parentales, molestias debidas a la persona que duerme con el cuidador)</p>	<p>30. Tensión en el desempeño del rol 31. Transporte insuficiente 32. Valoración insuficiente de la paternidad</p>
<p>Sociales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso insuficiente a recursos 2. Aislamiento social 3. Antecedentes de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual) 4. Antecedentes de haber cometido abusos 5. Apoyo social insuficiente 6. Autoestima baja 7. Cambio en la unidad familiar 8. Cohesión familiar insuficiente 9. Conflicto entre la pareja 10. Cuidado prenatal insuficiente 11. Cuidados prenatales del último periodo del embarazo 12. Desempleo 13. Dificultades laborales 14. Dificultades legales 15. Disposición inadecuada para el cuidado del niño 16. Económicamente desfavorecidos 17. Embarazo no deseado 18. Embarazo no planificado 19. Estrategias de afrontamiento ineficaces 20. Factores estresantes 21. Falta de implicación de la madre 22. Falta de implicación del padre 23. Familia monoparental 24. Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro 25. Habilidades de resolución de problemas insuficientes 26. Modelo de rol parental inadecuado 27. Recursos insuficientes (p. ej., económicos, sociales, conocimientos). 28. Separación de los padres y el niño 29. Tensión en el desempeño del rol 30. Transporte inadecuado 31. Traslado 32. Valoración insuficiente de la paternidad 	<p>Población de riesgo</p> <p><u>Lactante o niño</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NUEVO Antecedentes de abusos 2. NUEVO Antecedentes de traumatismo 3. Género diferente del deseado 4. Prematuridad 5. Retraso en el desarrollo 6. Temperamento difícil <p><u>Parental</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alto número de embarazos 2. Antecedentes de abusos 3. Antecedentes de enfermedad mental 4. Antecedentes de haber realizado abusos 5. Antecedentes de mal uso de sustancias 6. Cambios en la unidad familiar 7. Desempleo 8. Dificultades en el trabajo 9. Dificultades legales 10. Embarazo no deseado 11. Embarazo no planificado 12. Embarazos muy seguidos 13. En desventaja económica 14. Familia monoparental 15. Juventud de los padres 16. Nivel educativo bajo 17. Partos múltiples 18. Preparación cognitiva insuficiente para la paternidad 19. Procesos de parto difíciles 20. Traslados
	<p>Problemas asociados</p> <p><u>Lactante o niño</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteración de las capacidades perceptuales 2. Enfermedad crónica 3. Problema discapacitante 4. Trastorno conductual <p><u>Parental</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteración del funcionamiento cognitivo 2. Enfermedad física 3. Problema discapacitante

MARCO METODOLÓGICO

El estudio sobre el diagnóstico enfermero *Riesgo de deterioro parental* se presenta para la adquisición del Título de Grado de Doctor en el programa de Doctorado de *Ciencias de la Salud* de la Universidad de Alcalá bajo la dirección de la Dra. Cristina Francisco del Rey, líder referente de la Enfermería Española y Profesora del área de Fundamentos y Metodología enfermera en las últimas tres décadas del Grado de Enfermería en la UAH.

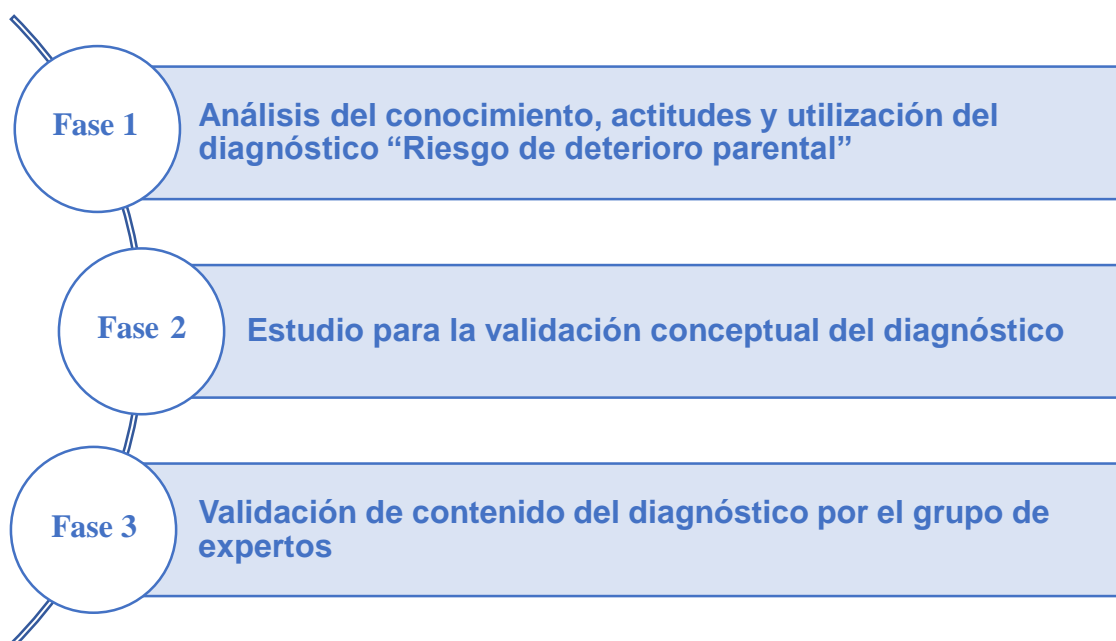
Para ello, se desarrolla una investigación básica en el marco epistemológico de la disciplina enfermera enmarcada en la línea de línea de investigación de Promoción de la Salud: Cuidados, Actividad Física y Fisioterapia dentro del ámbito del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la UAH.

El estudio combina diferentes metodologías y técnicas de investigación, consultándose diversas fuentes de información. Se destaca la participación de enfermeras expertas como informantes clave y fuentes de información bibliográficas con objeto de fortalecer la evidencia asociada al diagnóstico.

En todo momento se ha procurado respetar el rigor y los principios fundamentales de la ética de la investigación científica, siendo consciente de las limitaciones del estudio.

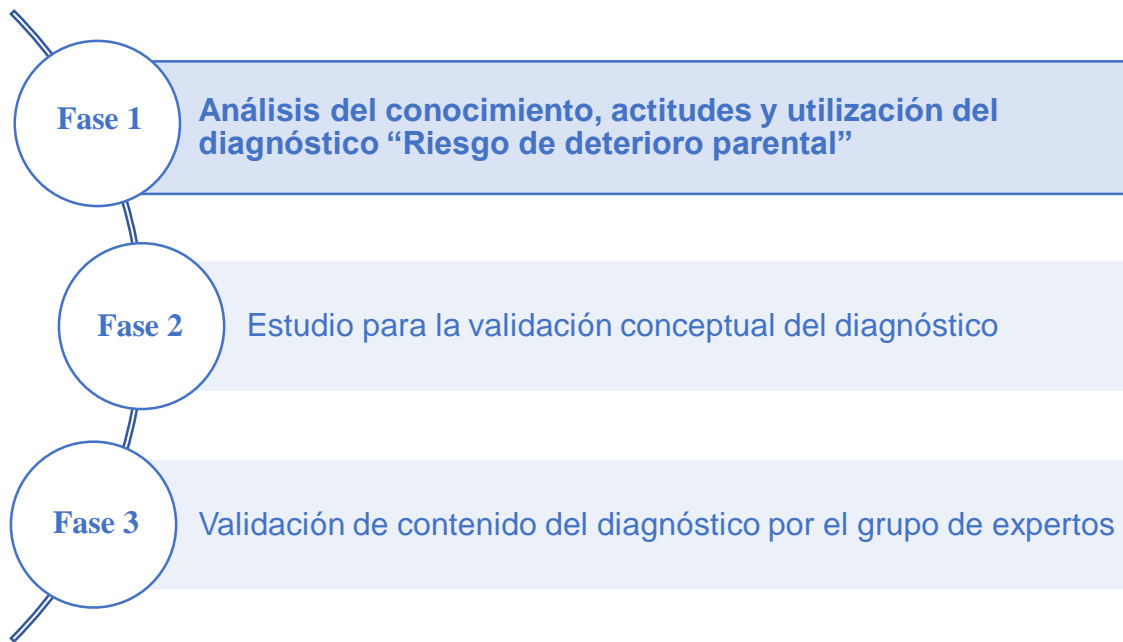
El estudio se organiza en tres fases consecutivas debido a la particular idiosincrasia de cada objetivo de investigación, requiriendo la combinación de diferentes métodos y técnicas, así como la importancia de establecer una estructuración y ordenación del proceso que garantice el mayor rigor metodológico posible.

Las fases de investigación que componen el estudio son las siguientes:



A continuación, se describirá cada una de ellas, explicando tanto el diseño de la investigación, la selección de participantes, el procedimiento de recogida de datos y, por último, las técnicas de análisis de resultados.

En la primera fase se presenta una investigación cuantitativa para analizar el conocimiento, las actitudes y la utilización del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* por parte de las enfermeras españolas.



Diseño del estudio

Para realizar el análisis de los conocimientos, las actitudes y la utilización del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* por parte de las enfermeras españolas, se diseñó un estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario *on-line* diseñado *ad hoc*.

Población y muestra

La población a estudio fueron enfermeras de diferentes ámbitos de la disciplina (asistencia/docencia/investigación/gestión) del contexto español.

Se contemplaron como criterios de inclusión:

- ∞ Estar en posesión de la titulación oficial de enfermera.
- ∞ Desempeñar o haber desempeñado la ocupación laboral en territorio español.

En contraposición, no se identifica criterios de exclusión que puedan contravenir el desarrollo de esta investigación.

Selección de participantes

Para la selección de participantes se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia mediante técnica de bola de nieve, de tipo no discriminatorio y exponencial; a partir de la identificación de enfermeras en los diferentes contextos de la disciplina: clínica, docencia, gestión e investigación y contextos del cuidado.

Se amplió la captación de participantes contactando por correo electrónico con diferentes sociedades científicas enfermeras de ámbito nacional y solicitando la difusión del estudio entre sus miembros.

Un criterio previsto para la selección de las sociedades científicas fue que pertenecieran al ámbito nacional. Entre las mismas, se contactó con:

- ∞ Asociación Española de Enfermería de Salud Mental
- ∞ Asociación Española de Enfermería Pediátrica
- ∞ Asociación de Enfermería Comunitaria
- ∞ Federación de asociaciones de Enfermería Comunitaria
- ∞ Sociedad Científica Española de Enfermería y Salud Escolar
- ∞ Federación de asociaciones de matronas, Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica
- ∞ Asociación de Especialistas del Trabajo
- ∞ Asociación de Enfermería Especialista Tutelada

Respecto a la predeterminación del tamaño muestral, se calculó una muestra estimada de doscientas enfermeras participantes, muestra lo suficientemente amplia como para poder obtener datos estadísticamente significativos.

VARIABLES DE ESTUDIO

En el estudio se analizaron diferentes variables recogidas en el cuestionario. Estas variables posibilitaron caracterizar la muestra de participantes y evaluar el nivel de

conocimientos, las actitudes ante el diagnóstico y la utilización de la etiqueta en la práctica enfermera.

Los datos de caracterización se obtuvieron a partir de las variables: edad, sexo, formación académica, título de especialista, experiencia profesional, ámbito profesional, descripción del puesto actual.

En la Tabla 7 se muestra una clasificación de las variables asociadas al fenómeno que se pretende describir:

Tabla 7. Principales variables a estudio.

Nivel de conocimientos	Actitudes ante diagnóstico	Utilización de la etiqueta
Identificación etiqueta Identificación clase Formación específica	Relevancia Comprensibilidad Pertinencia	Consideración de uso Tendencia de uso Opinión respecto uso

Instrumentos medida

Debido a que en la revisión bibliográfica no se ha evidenciado la existencia de un instrumento de medida validado en el contexto español que posibilite analizar las variables planteadas, para el presente estudio se diseñó un cuestionario *ad hoc*, aprovechando el potencial de las tecnologías de la información y la comunicación, concretamente de la herramienta para la elaboración de formularios (*Google-Forms*®)⁴.

El cuestionario, denominado *Nivel de conocimiento, valoración y utilización del diagnóstico NANDA* Riesgo de deterioro parental. *Estudio descriptivo*, consta de seis secciones y dieciocho preguntas (<https://forms.gle/2Mcgt24mpg2fTfcX6>):

∞ **Primera sección:** información general y contexto de la investigación.

⁴ Google-Forms® es una aplicación de *Google-Drive*® que permite realizar encuestas para adquirir estadísticas, organizando resultados. La aplicación, de sencillo uso y accesibilidad, facilita la creación, difusión y expansión de los cuestionarios mediante correo electrónico o enlaces web siendo además una de sus ventajas su bajo coste económico. Una vez cumplimentados los cuestionarios se pueden convertir y tabular las respuestas a archivo Excel® para su procesamiento estadístico.

- ∞ **Segunda sección:** consideraciones éticas y legales, consentimiento voluntario de participación (1 pregunta).
- ∞ **Tercera sección:** caracterización del perfil profesional de los participantes (7 preguntas).
- ∞ **Cuarta sección:** conocimientos sobre el diagnóstico (3 preguntas para conocer la identificación de la etiqueta, identificación la clase y formación previa).
- ∞ **Quinta sección:** valoración y el significado atribuido al diagnóstico (3 preguntas para conocer relevancia, comprensibilidad y pertinencia).
- ∞ **Sexta sección:** utilización en la práctica clínica (4 preguntas para conocer consideración de uso, tendencia de uso, situación de infra diagnóstico y posibles motivos asociados).

Con la finalidad de mejorar la comprensibilidad, la semántica y la presentación del cuestionario este ha sido revisado y pilotado por tres enfermeras que identificaron puntos críticos y de mejora.

Procedimiento de recogida de datos

El estudio se desarrolló siguiendo la secuencia que se describe a continuación.

En un primer lugar se procedió a identificar enfermeras de distintos ámbitos de la profesión de perfil heterogéneo, así como de las sociedades científicas de las especialidades o áreas de cuidado más representativas de la disciplina; con objeto de conformar una muestra lo suficientemente variada y evitar posibles sesgos.

El acceso a las enfermeras participantes se realizó a partir de la difusión del cuestionario por correo electrónico dirigido a las diferentes asociaciones/sociedades científicas y a través de contactos personales vía aplicación *Whatsapp*®, garantizándose en todo momento la protección de datos. Estos contactos posibilitaron la expansión de la muestra mediante la técnica de muestreo de *bola de nieve*.

Se estableció un periodo de dos meses para la difusión y cumplimentación de los cuestionarios para la recogida de datos.

Una vez transcurrido este periodo se cerró el cuestionario y se procedió a la conversión de respuestas a hoja de cálculo (archivo *Excel*®) para su posterior procesamiento estadístico.

Durante todo el proceso, además de respetar la confidencialidad de datos personales, se protegieron los resultados de la investigación.

Con el propósito de obtener datos complementarios de utilización del diagnóstico, se contactó con la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid y, con la intencionalidad de obtener datos que ilustren la prevalencia de uso del diagnóstico al menos en este territorio.

Análisis estadístico

Para el análisis de los resultados, se realizó estadística descriptiva e inferencial para la ordenación, clasificación de datos y la comparación e interpretación de estos, en la línea de poder enunciar conclusiones significativas asociadas al estudio.

Se aplicaron medidas de centralización (media y mediana) así como pruebas no paramétricas para la comparación de variables (Test chi-cuadrado).

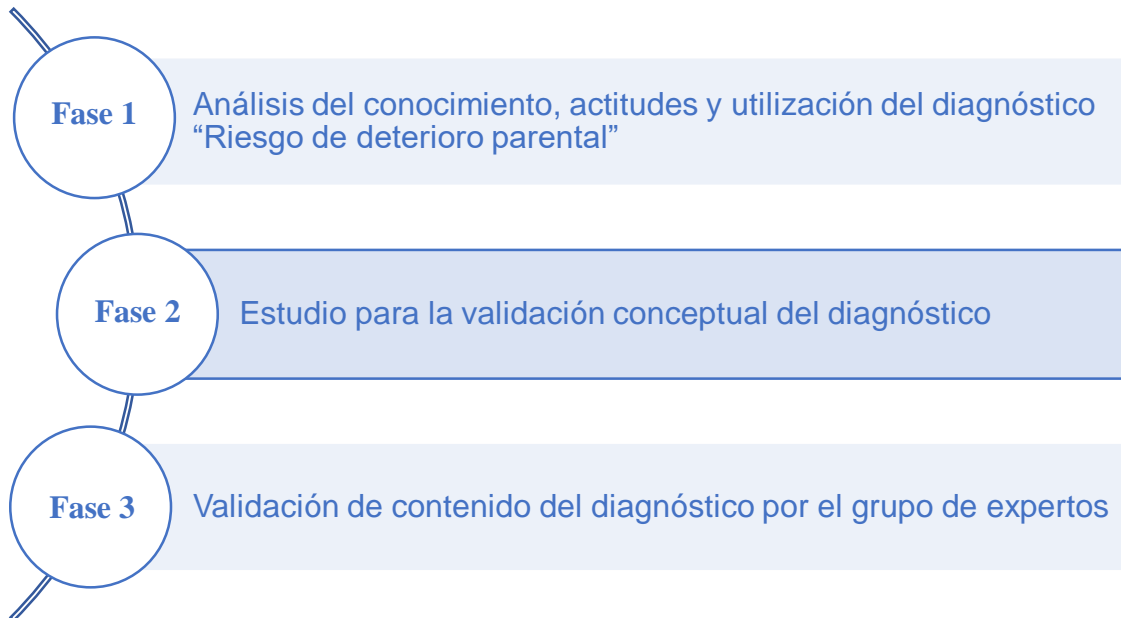
En primer lugar, se realizó análisis univariante. Para las variables cuantitativas se aplicaron medidas de centralización, si siguen una distribución normal se expresaron mediante la media (\bar{x}) y su intervalo de confianza a 95% (IC 95%) y si no mediante la mediana (M) y su correspondiente rango intercuartílico. Las variables cualitativas se expresaron mediante sus frecuencias absolutas y relativas.

Posteriormente se realizó análisis bivariante. Las variables cualitativas se compararon mediante Ji cuadrado de Pearson (χ^2) o alternativamente Ji-Cuadrado del Test exacto de Fisher.

Se estableció un nivel de confianza de un 95% ($\alpha=0,05$). El programa estadístico que se utilizó fue *SPSS (IBM SPSS Statistics*®) disponible de manera gratuita en el entorno web de la Universidad de Alcalá. Los resultados se presentaron gráficamente para facilitar su visualización e interpretación.

Fase II. Validación conceptual del diagnóstico

En esta fase se presenta un estudio de validación conceptual para el diagnóstico enfermero *Riesgo de deterioro parental*, considerado de especial significación en las primeras etapas de la vida y en la salud familiar.



La validación conceptual se utiliza tanto para creación de nuevos diagnósticos como para perfeccionar y actualizar los ya existentes. Todo proceso de validación de un diagnóstico ha de iniciarse a partir de una fundamentación teórica sólida, resultado de un estudio de validación conceptual (171).

Diversos autores proponen que para la validación conceptual ha de realizarse una revisión exhaustiva y relevante de la literatura que demuestre la existencia de un cuerpo de conocimiento significativo sobre el fenómeno que representa el diagnóstico.

El análisis de concepto debe incluir la revisión de todos los elementos del diagnóstico según proceda en función de su naturaleza, ya sea un diagnóstico real, de riesgo o de promoción de la salud. También se han de tener presentes en el análisis los siete ejes del diagnóstico presentados por NANDA-I (20):

- ∞ Foco diagnóstico
- ∞ Sujeto diagnóstico

- ∞ Juicio
- ∞ Localización
- ∞ Edad
- ∞ Tiempo
- ∞ Estado del diagnóstico.

Walker y Avant (2011) afirmaban que el análisis de concepto establece una base empírica y teórica para el diagnóstico de Enfermería (161), minimizando la posible ambigüedad asociada y contribuyendo al refinamiento de los diagnósticos enfermeros.

Por tanto, al finalizar esta fase, se pretendió profundizar en la evidencia disponible respecto al diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* mediante un proceso de revisión bibliográfica y razonamiento crítico.

Metodología

Según la literatura consultada, para este nivel de validación no se requiere la participación ni de pacientes ni de otros profesionales. En los estudios de validación de concepto, el rol y la responsabilidad del investigador son elementos clave, determinando su conocimiento, razonamiento y pericia los resultados.

Cañón-Montañez y Rodríguez-Acelas (2015) estudiaron en profundidad la investigación sobre diagnósticos enfermeros y la metodología de validación de los mismos (33,166). Estos autores explican que existe acuerdo en desarrollar el proceso siguiente para este tipo de estudios:

1. Seleccionar la pregunta de investigación.
2. Definir los criterios de inclusión de estudios y seleccionar la muestra.
3. Representar los estudios seleccionados.
4. Realizar análisis crítico de los hallazgos e identificar diferencias y conflictos.
5. Interpretar los resultados.
6. Informar claramente de la evidencia encontrada.

Además de esta secuencia, se ha de seleccionar una metodología específica de validación. Entre los métodos de validación conceptual más utilizados por los expertos se encuentran

el de Walker y Avant (8 etapas), el Evolucionario de Rodgers (6 etapas), el Teórico-Causal (6 etapas), el de Análisis simultáneo de conceptos (8 etapas) y el Modelo Híbrido de análisis conceptual de Swartz-Barcott y Kim (3 fases) (166).

Todos estos métodos son semejantes respecto a (33):

- ∞ Pretenden aportar claridad conceptual, sobre el fenómeno y en la definición,
- ∞ Se fundamentan en una revisión integrativa de la literatura, del análisis crítico de los hallazgos y de la interpretación de los resultados,
- ∞ Proponen que la evidencia se presente de tal manera que sintetice todo el conocimiento sobre el fenómeno.

Según se pone de manifiesto en la literatura, la selección de una metodología u otra depende de los intereses, el propósito y la finalidad asociada al estudio de investigación: bien la definición de un nuevo diagnóstico, la revisión de la estructura diagnóstica de uno existente o la clarificación de las interrelaciones entre los conceptos diagnósticos (166).

En cualquier caso, una condición necesaria para la validación conceptual es seleccionar el método más idóneo y desarrollarlo con rigor.

En la investigación desarrollada hasta la actualidad, el método propuesto por Walker y Avant (2005) es uno de los más conocidos, aceptados y utilizados. El método Evolucionado de Rodgers también está siendo bien acogido entre la comunidad científica enfermera (166), habiendo sido utilizado para la validación del riesgo de lesión del tracto urinario (171). Otro método, denominado Estrategia de Derivación Conceptual, ha comenzado también a emplearse en estudios de validación de concepto.

Para el estudio del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* se ha considerado oportuno el método propuesto por Walker y Avant (2005), debido al grado de sistematización y especificación del método y las referencias bibliográficas consultadas, las que refrendan y ejemplifican su utilización.

El método de Walker y Avant (2005) se desarrolla en ocho etapas:

1. Seleccionar el concepto a estudio.
2. Determinar el objetivo o propósito de análisis.

3. Explorar e identificar todos los usos del concepto.
4. Definir atributos.
5. Describir antecedentes y consecuencias.
6. Identificar un modelo de caso.
7. Identificar otros casos adicionales incluso caso contrario.
8. Definir las referencias empíricas del concepto.

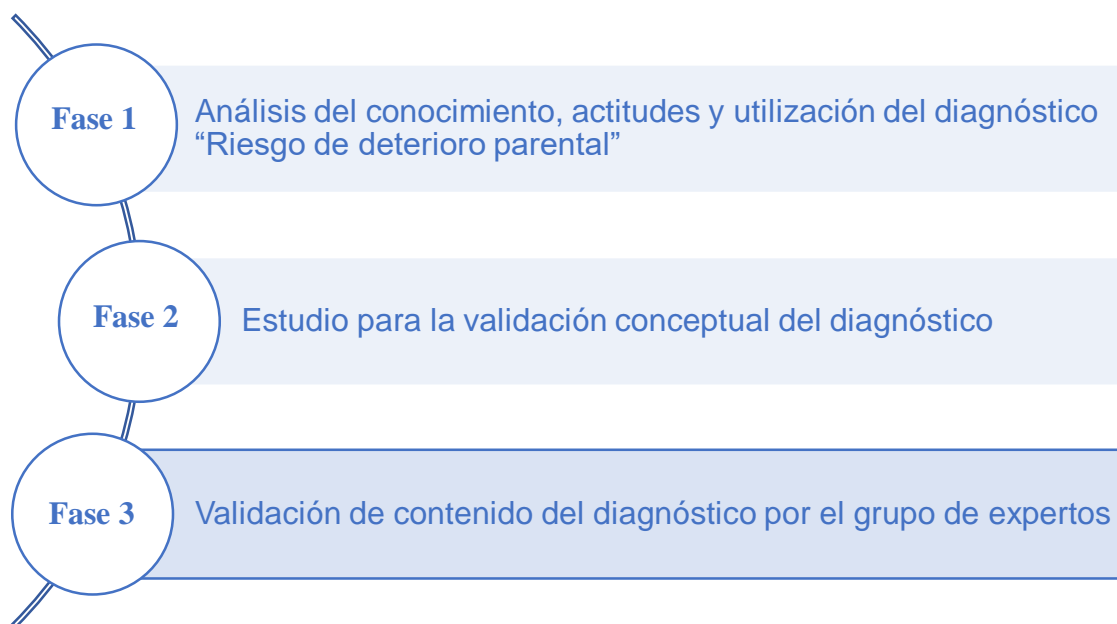
Procedimiento de recogida y organización de los datos

Para la validación del diagnóstico, se consideraron las etapas del estudio de validación de concepto descritas con anterioridad y el método de Walker y Avant (2005), respetando ambas secuencias ordenada y complementariamente. De la conjugación de este proceso se organizó y documentaron los resultados estructurándoles en los siguientes epígrafes:

1. Concepto de *Riesgo de deterioro parental* en el marco de la disciplina enfermera.
Pregunta de investigación y propósito de estudio.
2. Búsqueda bibliográfica: estrategia de búsqueda, criterios de inclusión de estudios.
3. Resultados de la búsqueda.
4. Proceso de lectura y razonamiento crítico: interpretación y síntesis de resultados.
5. Evidencia respecto al diagnóstico: usos del concepto, atributos, antecedentes y consecuencias, modelo de caso, casos adicionales.

Al texto se le incorporaron tablas y cuantos elementos se consideraron oportunos que clasifiquen y distribuyan los hallazgos obtenidos, presentando la información de la manera más clara y accesible que sea posible.

Una vez realizado el estudio de validación conceptual del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* es factible y pertinente continuar con el estudio de validación, puesto que, tal y como señala Guirao-Goris (2004), *la validación conceptual es un prerrequisito para la validación de contenido* (172).



Diseño del estudio

Los estudios de validación de contenido de diagnósticos enfermeros, también denominados *estudios de depuración*, permiten mejorar la evidencia asociada al fenómeno. Son relevantes para la práctica clínica enfermera debido a que reducen la probabilidad de errores en el proceso diagnóstico y en la toma de decisiones (173).

Este tipo de estudios pretenden evaluar el grado de representatividad del conjunto de los enunciados que determinan el concepto a estudio a partir del razonamiento crítico de un grupo de expertos y se desarrollan a partir de una metodología parecida a la utilizada para la validación de los instrumentos de media. Se encuentran enmarcados en el paradigma de la investigación cuanti-cualitativa, y ofrecen, entre otros resultados, un Índice de Validez de Contenido.

En la década de los noventa del siglo pasado, Kerr explicaba que la validez de los diagnósticos enfermeros se relaciona con la evolución de la adecuación de las

características definitorias (173). Esta afirmación es extrapolable al resto de elementos del diagnóstico tal y como posteriormente han especificado otros autores.

Existen diferentes tendencias o modalidades respecto a la realización de los estudios de validación de contenido de diagnósticos enfermeros (33):

- ∞ Analizar exclusivamente la etiqueta, la definición o ambos elementos, denominados.
- ∞ Analizar exclusivamente la adecuación de las características definitorias y/o factores relacionados.
- ∞ Analizar todos los elementos constitutivos del diagnóstico.

Según explican Cañón-Montañez y Rodríguez-Acelas (2010) los estudios de comprensión se configuran como un paso previo a los estudios verdaderamente concluyentes de validez de contenido, resultando especialmente de interés para identificar y equilibrar las diferencias transculturales (33).

En el estudio de validación de contenido diseñado para el diagnóstico *Riesgo de deterioro parental*, se optó por la modalidad más completa, estudiando la globalidad del diagnóstico (etiqueta, definición y factores relacionados), de este modo se explorarán y considerarán los posibles matices transculturales.

La validación de contenido se realizó mediante un estudio descriptivo a partir del consenso de expertos aplicando la técnica Delphi.

Metodología

Respecto a la metodología a escoger para la validación de contenido, como ya ocurriera en la fase de validación conceptual, existen diferentes métodos descritos en la bibliografía. Los más referenciados son el método propuesto por Fehring (1986), la Metodología Q (*Q Sort Methodology*) definida por Lackey (1986), el método Delphi y el Modelo de Estimación de Magnitud (33,172).

Fehring, pionero en evaluar la necesidad de estandarizar los métodos de validación, presentó en la VI Conferencia de la NANDA (1984) una metodología de validación

diagnóstica que legitimaría los elementos que constituyen los diagnósticos enfermeros (163,168,174).

Su propuesta ha sido la metodología más frecuentemente utilizada en la investigación en diagnósticos enfermeros, extendiéndose y aplicándose a multitud de proyectos a nivel internacional (28,175,176). Este modelo se encuentra fundamentado en la opinión de expertos y atiende al propósito de obtener el grado en que cada característica definitoria, o factor relacionado, es indicativa/o de un diagnóstico dado (28,30,168).

Fehring describió tres modelos de validación de diagnósticos enfermeros (174,175):

- ∞ Modelo de validación de contenido diagnóstico (*Diagnostic Content Validation Model –VCD-*).
- ∞ Modelo de validación clínica diagnóstica (*Clinical Diagnostic Validity -VDC-*).
- ∞ Modelo de validación clínica diferencial/Validez diagnóstica clínica centrada en el paciente (*Patient Focused Clinical Diagnostic Validity*).

La taxonomía NANDA-I ha reconocido el modelo de validación de contenido diagnóstico propuesto por Fehring para perfeccionar los diagnósticos de Enfermería, acreditándole un nivel de evidencia 2.3 (173).

Inicialmente en el VCD se solicitaba la opinión de expertos para evaluar el grado de acuerdo respecto a lo indicativas que resultaban las características definitorias; posteriormente, la consulta fue ampliada a otros elementos del diagnóstico y otras taxonomías (NOC, NIC) (161,177).

Teniendo presente la bibliografía consultada, el valor reconocido a la metodología propuesta por Fehring y la flexibilidad respecto a la elección de método, para este estudio se opta por considerar la metodología propuesta por parte de la Asociación Española Nomenclatura Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE).

La propuesta de la AENTDE, expuesta en el V Simposio Internacional de Diagnósticos de Enfermería celebrado en Valencia en 2004, realiza una combinación metodológica, integrando las propuestas de Fehring (1986) con las modificaciones sugeridas por Sparks y Lien-Gieschen (1994), las aportaciones de Grant y Kinney (1992) y el análisis del *grado*

de diagnosticidad (172). Todas estas variantes metodológicas serán descritas detalladamente a continuación.

Modelo de Fehring y la técnica Delphi

Fehring en su modelo planteó realizar un consenso de expertos mediante técnica Delphi preferiblemente, no obstante, el consenso podría realizarse por otros métodos si los recursos fueran insuficientes (174).

La técnica Delphi es un tipo de metodología de investigación cualitativa reconocida como efectiva para construir consenso fiable de un grupo de expertos, aprovechando sinergias, desde una comunicación remota o a distancia (no se precisa reunión física) (178,179). La utilización del método Delphi es considerada como un caso especial de método de investigación de consenso (180).

Se parte de la idea planteada por García y Suárez (2013) de que, además del conocimiento adquirido a partir del método científico, existe un valioso patrimonio intelectual atesorado en los profesionales considerados expertos (180).

En la mitad del siglo pasado esta técnica comenzó su uso dentro del paradigma del pensamiento positivista. Fue creada en Santa Mónica (EE.UU.) en la *Research and Development Corporation* para investigar el impacto de la tecnología de guerra y pretende la transformación de los juicios particulares sobre un tema en un juicio colectivo superior. Ha sido utilizada en diferentes ámbitos: turismo, negocios, salud, educación, entre otros (180).

Inicialmente la técnica partía de un enfoque predictivo (pronosticar el comportamiento de un fenómeno a futuro), de ahí su nombre, basado en las predicciones del Oráculo de Delphos. Desde hace un tiempo, tal y como argumentan Howze y Dalrymple (2004), se emplea la técnica Delphi no solo para realizar predicciones sino también para estudiar fenómenos complejos en estudios de corte transversal (179,180). Esta finalidad es la más utilizada en la actualidad para describir fenómenos cuando la evidencia es insuficiente, no publicada, excesiva o controvertida (180).

La técnica Delphi consiste en un procedimiento sistematizado en el que se llevan a cabo las siguientes fases conducidas por un moderador/investigador (179,180):

Fase de preparación: selección de expertos

Se recomienda conformar un panel de expertos heterogéneo con un número de miembros superior a siete para disminuir posibles sesgos. Más allá de treinta participantes puede ser innecesario, según parece el incremento del coste de la investigación no compensa la mejora de los resultados. Existe mucha variación en la práctica y normalmente los paneles se configuran por un número mayor a treinta expertos. Algunos autores explican que, a mayor número de participantes, mayor calidad siempre que existan recursos de investigación. Por su parte, Okoli y Pawlowski (2004) recomiendan entre diez y dieciocho expertos.

Diseño del cuestionario y elección canal de comunicación (vía de consulta) e invitación a participar. Los cuestionarios son enviados por correo electrónico.

Para esta investigación se contactó con enfermeras de reconocido prestigio participantes de diferentes asociaciones/sociedades científicas relacionadas con el diagnóstico, profesorado de universidades de las asignaturas de Fundamentos de Enfermería y Metodología Enfermera, revisores nacionales de las Taxonomías NANDA, NOC y NIC y contactos personales que sean localizados a conveniencia.

Se accedió a datos de contacto públicos y por tanto aparezcan en webs oficiales o previa autorización por parte de la posible enfermera participante candidata como experta por intermediación de una tercera persona participante.

En todos los contactos se solicitó se hiciera extensiva la posibilidad de participar en el estudio a otras enfermeras para ampliar la muestra, contactando estas posibles interesadas directamente con la doctoranda a través de mail o teléfono de contacto.

Todos los datos personales fueron recogidos en una tabla Excel® preservando la confidencialidad entre las diferentes enfermeras participantes y custodiándose de manera conveniente para garantizar la protección de datos del grupo de expertos participantes en el estudio. Con objeto de garantizar también la confidencialidad y la protección de datos

en los cuestionarios, las enfermeras se identificaron a partir de un código numérico preasignado que mantuvieron a lo largo de todo el proceso.

En el primer contacto (ronda 1) se invitó a formar parte del panel de expertos, se solicitó la participación voluntaria y cumplimentar los datos de caracterización. Este contacto inicial fue clave para disminuir deserciones, así como la forma y perseverancia en que se insistió en la respuesta. El cuestionario diseñado para esta ronda puede consultarse a través del siguiente enlace: <https://forms.gle/pE8S5c6ApuAPgaQZ7>.

Fase de consulta: circulación del cuestionario

En la segunda ronda se envió el cuestionario para iniciar el proceso de razonamiento crítico específico requerido para el proceso de validación de contenido. Se completarán datos relativos a la caracterización como expertos. El cuestionario enviado en esta ocasión está disponible en: <https://forms.gle/USwHKDtnWEeUEvN6>.

De igual manera, se preservaron los datos personales y se realizó una custodia cuidadosa del material sensible.

Tras el análisis estadístico de resultados, y dar continuidad a las rondas de consulta, se diseñó un tercer cuestionario (disponible en: <https://forms.gle/sLWf85J1DtfQf1dj7>). Este cuestionario contaba con retroalimentación para establecer el grado de consenso. Para el diseño de esta ronda la metodología permite eliminar aquella información que resulte irrelevante.

Fase de construcción de consenso

Una vez recopiladas todas las respuestas de las enfermeras, se procedió a su análisis e interpretación para finalmente proceder a la divulgación de resultados.

La técnica Delphi, siguiendo el procedimiento clásico se compone de tres etapas (Powell, 2003), aunque Garavalia y Gredler (2004) orientan hacia cuatro. Una condición necesaria es que los expertos sean consultados al menos dos veces sobre la misma pregunta. Para esta investigación se consideran tres etapas realizándose dos consultas a las enfermeras participantes.

Según lo revisado en la literatura los principios básicos que ha de cumplir un estudio Delphi para obtener resultados rigurosos y significativos y que se toman en consideración para el presente estudio son (178,180):

- ∞ Preservar el anonimato. Este aspecto no siempre es completo puesto que los investigadores generalmente identifican las respuestas de cada experto, cabe también la posibilidad de que los integrantes del grupo de expertos también se conozcan. En ocasiones puede resultar incluso beneficioso que los expertos conozcan su identidad para aumentar la retención y evitar las pérdidas.
- ∞ Posibilitar la confidencialidad en respuesta para garantizar la libertad en los juicios.
- ∞ Fomentar la iteración a partir de la realización de rondas sucesivas. En las rondas se va informando al grupo de los resultados de la ronda anterior, ofreciendo retroalimentación controlada que posibilite revisar y modificar las opiniones.
- ∞ Realizar la explotación estadística, utilizándose principalmente medidas de tendencia central y de dispersión.
- ∞ Informe final lo suficientemente exhaustivo, preciso y riguroso para ofrecer fiabilidad, pertinencia y consistencia.
- ∞ Continuidad por parte del experto en el panel. Para ello se recomienda un acercamiento personal que aumente el retorno, estableciendo para ello una interacción respetuosa, sin presiones (3). La totalidad de respuesta es poco frecuente, se recomiendan recordatorios e incluso realizar contactos telefónicos para animar en la respuesta (180).

Por último, se reconocen como ventajas asociadas a esta metodología las siguientes (179,180):

- ∞ Capacidad de sintetizar el conocimiento de un grupo de participantes venciendo las limitaciones geográficas.
- ∞ Bajo coste debido al uso del correo electrónico como canal de comunicación.
- ∞ Permite establecer un grupo de expertos, pudiéndose incluir participantes de situaciones diversas y diferentes áreas de especialización.
- ∞ Debido al anonimato y la confidencialidad se evitan interacciones/artefactos indeseables en las interacciones sociales (influencia del líder, posibilidad de disenso o cambio de opinión sin exponerse públicamente).

- ∞ Los expertos consiguen comprender en mayor medida el tema tratado e incluso puede mejorar la actitud respecto al mismo.

Como limitaciones se identifican (179):

- ∞ La falta de precisión de la forma de conducir este tipo de investigaciones.
- ∞ Algunos autores plantean que la técnica no genera consenso real, sino que fuerza a elegir, no ofrece oportunidad de discutir o analizar ideas.
- ∞ Esta situación es considerada por algunos autores como una limitación mientras que otros la conciben como una oportunidad inherente a la investigación cualitativa, capaz de ser flexible y adaptarse al estudio de los diferentes fenómenos y realidades.
- ∞ Existe amplia variabilidad respecto a la realización del método en función de los criterios establecidos para la selección expertos, las características cuestionario, el número rondas, la forma de retroalimentación, el procesamiento estadístico, la definición de acuerdo general de grupo. Este aspecto puede ser valorado como una limitación, pero siendo riguroso en el cumplimiento de los principios básicos y las fases de aplicación podría entenderse como una oportunidad la flexibilidad del método y su adaptabilidad a los diferentes estudios fundamental en investigación cualitativa.

Una variante del método Delphi tradicional es el denominado *Delphi modificado*, el procedimiento se amplía con un encuentro interactivo del grupo de expertos presencial (180). Limitaciones del momento histórico actual han determinado su retraso temporal.

El modelo de Fehring (1986) *per se*

Teniendo presente el fundamento del método, el consenso de expertos mediante técnica Delphi, Fehring establece una serie de premisas y etapas para proceder a la validación de contenido del diagnóstico (174).

Una vez realizada la fase de preparación (selección de expertos, diseño del cuestionario, invitación a participar) las enfermeras que conforman el panel de expertos revisarán cada una de las características definitorias del diagnóstico.

Fehring explica que en el diseño del cuestionario se pueden añadir características definitorias adicionales resultado de la revisión de la literatura. Algunas enfermeras que han utilizado este modelo introducen otras características definitorias para verificar que los expertos no realizan respuestas aleatorias sin razonamiento crítico (174).

En el caso del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental*, al tratarse de un diagnóstico de riesgo conformado exclusivamente por factores relacionados, las enfermeras expertas analizarán estos, considerando lo indicativo que les parece cada uno de los factores relacionados respecto al diagnóstico.

Cada factor relacionado (o característica definitoria en su caso) se puntúa mediante una escala tipo Likert con valores comprendidos entre uno y cinco equivalentes a unos pesos específicos (174):

- ∞ En absoluto indicativo, valor 1, peso específico 0.
- ∞ Muy poco indicativo, valor 2, peso específico 0,25.
- ∞ Algo indicativo, valor 3, peso específico 0,50.
- ∞ Considerablemente indicativo, valor 4, peso específico 0,75.
- ∞ Muy indicativo, valor 5, peso específico 1,00.

Recibidas las respuestas, se calculó el índice de contenido diagnóstico de cada factor relacionado (FR), a partir de una fórmula que representa el coeficiente ponderado de cada factor relacionado.

Aquellos factores relacionados cuyo coeficiente ponderado sea menor de 0,5 se descartaron puesto que se considera que no había habido consenso en relación con que sean lo suficientemente indicativos del diagnóstico.

Los factores relacionados cuyos coeficientes ponderados superaron el valor 0,75, verificándose consenso en el panel de expertos, fueron considerados críticos, calculando a partir de los ellos el *Índice de Validez de Contenido* (VCD) total del diagnóstico.

Más allá de la ponderación de cada factor relacionado, la metodología permitió incluir preguntas abiertas que recojan la opinión, experiencia, valoración, propuestas de las enfermeras expertas, facilitando de este modo, estudiar en profundidad el diagnóstico.

Modificaciones sugeridas por Sparks y Lien-Gieschen (1994)

Sparks y Lien-Gieschen (1994) realizaron una modificación al modelo de validación de contenido diagnóstico propuesto por Fehring con el ánimo de obtener y asegurar un consenso más riguroso y alcanzar mayor impacto respecto a la validación de contenido diagnóstico.

Los cambios que introdujeron se orientaron hacia descartar características definitorias con coeficiente ponderado menor a 0,6; en contraposición a 0,5 propuesto por Fehring. Esta modificación podría retirar algunas características definitorias que pudieran ser contempladas en el modelo de Fehring (181).

Estos autores distinguen entre características definitorias mayores, aquellas que obtienen un coeficiente ponderado entre 0,8 y 1,0 y características definitorias menores cuya puntuación se encuentra entre 0,6 y 0,79.

Para el cálculo del VCD de diagnósticos con más de 7 características definitorias o factores relacionados se tendría en cuenta si son mayores o menores según la fórmula siguiente:

$$VCD = \frac{\sum(2 \times CP \text{ FR mayor}) + \sum CP \text{ FR menor}}{\sum \text{Número FR mayores y menores}}$$

Aportaciones de Grant y Kinney (1992)

Para la validación de contenido de nuevos diagnósticos, Grant y Kinney (1992) determinaron el número de rondas del Delphi así como los contenidos de la misma de manera definida sistematizando y normalizando el proceso (182).

En este caso, al realizarse la revisión de un diagnóstico aceptado en la taxonomía NANDA-I, no se considerarán las aportaciones de Grant y Kinney (1992) respecto a la metodología del Delphi.

Grado de diagnosticidad

En la metodología sugerida por la AENTDE se contempla el estudio de todos los elementos del diagnóstico: etiqueta, definición y factores relacionados. Concretamente se

sugiere analizar el *grado de diagnosticidad* de la etiqueta, entendido este en palabras de Guirao (2004) como “la medida en que el diagnóstico enfermero permite la intervención independiente sin el concurso de otro profesional” (172).

Según esta propuesta, la validación de contenido intrínseca a la etiqueta y a la definición se realizará con anterioridad al análisis de las características definitorias y/o factores relacionados (172).

Panel de expertos: selección de la muestra

Aunque tal y como dicen algunos autores el término experto es ambiguo, existe acuerdo en reconocer que un experto es aquella persona que posee un dominio superior al promedio de sus iguales, estando en disposición de emitir criterios certeros por quien se los solicita (180).

Según lo explicado por Yáñez y Cuadra (2008), citando a Kennedy (2004) y Price (2005), se define experto como “*aquellos que pueden realizar contribuciones válidas, dado que poseen conocimientos basados en la práctica y experiencia actualizadas*” (179).

Por su parte, y concretamente en el marco de la disciplina enfermera, Galdeano y Rossi (2006), citadas por Carvalho *et al.* (2016), definen la enfermera experta como aquella que demuestra amplio conocimiento y habilidades en investigación y experiencia clínica (183).

Uno de los puntos críticos del proceso de validación de contenido de diagnósticos enfermeros es la definición y selección del panel de expertos, pudiendo influir de manera determinante en los resultados. Algunos investigadores recomiendan rigor y responsabilidad durante el proceso de selección, considerándose diferentes criterios para identificar en qué medida pueden ser los expertos reconocidos como tal (183).

En sus teorizaciones, Fehring (1994) definió siete criterios a los que asignó una puntuación. Para confirmar que un experto adquiere ese reconocimiento estableció que debiera alcanzar un mínimo de cinco puntos. En la Tabla 8 se detallan estos criterios y su ponderación (172,174).

Tabla 8. Criterios de selección expertas según Ferhing.

Criterios de selección Ferhing	Puntuación
Doctorado en Enfermería	4
Doctorado en Enfermería con el desarrollo de una tesis relevante para el diagnóstico de interés	1
Investigación publicada sobre el diagnóstico o contenido relevante para el mismo	2
Artículo publicado en el diagnóstico en una revista científica con revisores	2
Tesis doctoral sobre diagnósticos	2
Práctica clínica actual mínima de un año en un área relevante para el diagnóstico de interés	1
Certificación (especialización) en el área clínica relevante para el diagnóstico de interés	2

Estos criterios han sido considerados especialmente exigentes y de difícil aplicación para algunas enfermeras en función del territorio al que pertenecen puesto que el desarrollo académico y profesional es diferente entre países y culturas encontrándose amplia variabilidad en los planes de estudio y en la producción científica en el ámbito de la Enfermería (172).

Una parte de la comunidad científica ha criticado esta propuesta por dos motivos principales: la priorización de la formación académica frente a la experiencia clínica (184).

Otros autores tales como Benner *et al.* (1992) promocionaron la experiencia clínica como componente esencial en el reconocimiento como experto. Describieron para ello diferentes niveles: principiante avanzado, competente, proficiente y experto. Aquellas enfermeras consideradas expertas deberían acreditar al menos cinco años de experiencia clínica, demostrar competencia en la realización de terapias diversas y complejas, tener una visión realista de su capacidad y responsabilidad en el bienestar de las personas cuidadas y ser reconocidas por pares (183).

Dadas las dificultades y limitaciones encontradas para la selección de expertos, Levin (2001) recomendó ser flexible en los criterios de determinación de expertos (172). De este modo, en diferentes estudios internacionales, las enfermeras han definido sus propios criterios adaptando los existentes.

En este sentido, Carvalho *et al.* (2016) realizaron una investigación para revisar la tendencia y elaboraron su propia propuesta particular. No obstante, estos autores manifestaron que cada investigador debiera decidir el nivel requerido para ser considerado experto en consonancia con los objetivos de su estudio (183).

En el estudio que se presenta se consideran los criterios planteados por Fehring, teniendo presente que en la realidad del contexto español el número de enfermeras doctoradas y/o especialistas en el área clínica del diagnóstico comienza a ser representativo, de igual manera que existen enfermeras especialmente cualificadas en metodología enfermera pertenecientes a la AENTDE.

Para la caracterización del perfil de expertos se pregunta a las enfermeras en relación con los criterios descritos por Fehring, complementándolo con otros criterios que puedan ilustrar el dominio y la expertía de las enfermeras participantes.

Para concluir, y respecto al tamaño del panel de expertos, Fehring (1987) sugirió que la muestra de participantes estuviera comprendida entre cincuenta y cien enfermeras (174).

Sin embargo, según explican Lopes *et al.* (2013), en los estudios de investigación realizados se ha comprobado que es complejo asegurar la participación de cincuenta expertos (28). Guirao (2001), citando a Berra (1996), explica que el número ideal de expertos para conseguir representatividad es nueve (185).

A priori, para este estudio, se procederá a realizar un muestro por conveniencia intentando reclutar un número de expertos superior a cincuenta, que pueda compensar las posibles pérdidas y ofrezca garantías respecto a su consideración como expertos.

Procedimiento de recogida de datos

Según lo explicado hasta el momento, el estudio de validación que se diseña para el diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* se sustentará en el modelo de Fehring, con las modificaciones de Grant y Kinney (1992), evaluando el *grado de diagnosticidad*; todo ello mediante el consenso de expertos a partir de la técnica Delphi, adaptada especialmente a los objetivos de este estudio y sin perjuicio del rigor científico dada la flexibilidad de esta técnica.

Cabe la posibilidad, en función se desarrolle el estudio, que se realice la técnica Delphi modificada, es decir, además del panel de expertos en las diferentes rondas se añadiría, si fuera necesaria, una sesión o encuentro presencial de un número operativo de expertos participantes para depurar y perfeccionar aquellos contenidos que una vez realizadas todas las rondas puedan generar aún cierto nivel de incertidumbre o bien precisen ser estudiados en profundidad.

El panel de expertos se realizará en cuatro rondas, incluyendo el informe final.

Primera ronda

La primera ronda, o inicial, es recibida por el experto mediante mensaje de correo electrónico. En este correo se presenta la investigación, se le propone la participación y se facilita como archivos adjuntos una carta formal de invitación al estudio y un documento de información exhaustivo de la investigación.

Además, en esta comunicación se facilita un código numérico que actúa como identificador y posibilita la confidencialidad de los datos durante la cumplimentación del cuestionario y el enlace al cuestionario.

El cuestionario recoge también una presentación breve de la investigación y sus propósitos, la aceptación de participación voluntaria a formar parte del panel de expertos, instrucciones de cumplimentación y una batería de preguntas relacionadas con datos sociodemográficos y profesionales para la caracterización de la muestra y el perfil de expertos.

Siguiendo la propuesta de Grant y Kinney (1992), se recogerán datos relacionados con la edad, sexo, años de experiencia como enfermera, situación profesional actual, formación académica, formación sobre metodología enfermera, experiencia docente y producción científica sobre diagnósticos enfermeros, así como enunciados específicos orientados a conocer la opinión/consideración del diagnóstico en cuestión.

Además, para ampliar y reforzar la información relativa a los participantes y su relación con los diagnósticos enfermeros, se incluirá la versión reducida de siete ítems de Escala de posicionamiento ante el Diagnóstico Enfermero. Este instrumento de medida de las

actitudes hacia el concepto diagnóstico por parte de las enfermeras ha sido validado en el contexto español por Romero *et al.* en 2013.

La primera ronda, y las sucesivas, finalizarán haciéndose explícitos los agradecimientos e informando sobre el próximo envío.

Segunda ronda

La segunda ronda da comienzo al análisis inicial del contenido del diagnóstico. Para esta fase se diseña un segundo cuestionario que posibilita en primer lugar seguir recopilando datos que acrediten a los expertos y analizar en profundidad el diagnóstico en su globalidad: etiqueta, definición y factores relacionados.

Se comenzará con preguntas orientadas a realizar la evaluación del *grado de diagnosticidad*. Paralelamente, se invita a los expertos a la reflexión sobre la idoneidad y pertinencia de los diferentes elementos, ofreciendo alternativas para la modificación de la etiqueta y la definición sustentadas en el enfoque de la Parentalidad Positiva.

Se expondrán los diferentes factores relacionados para el análisis de su relevancia y representatividad, siguiendo la metodología recomendada por Fehring, incluyendo algunos factores relacionados nuevos reconocidos como de interés tras la revisión conceptual y para evitar la respuesta aleatorizada no reflexiva.

La **tercera ronda** informa de los resultados obtenidos en la anterior etapa y ofrece la oportunidad de nueva respuesta para continuar con el proceso de análisis de contenido. Este cuestionario se diseñó una vez analizadas las respuestas de la segunda ronda. Este cuestionario comenzará contextualizando nuevamente el estudio, describiendo el procedimiento, garantizando además la participación voluntaria mediante aceptación de consentimiento y la confidencialidad de los datos (código asignado).

Cuaderno de recogida de datos

Para organizar los datos y garantizar los aspectos éticos y legales, la información solamente está disponible para las personas que dirigen y tutorizan el estudio y para la investigadora principal. Toda la información se almacena convenientemente y con las

precauciones necesarias en soporte informático generándose tres diferentes archivos de hoja de cálculo a partir del programa Excel® en los cuales se custodian los datos de contacto, de caracterización como expertos y los resultados propiamente de la investigación resultado de la aplicación *Google Forms* ®.

En el momento en el que se realice el grupo focal, se custodiarán los consentimientos de participación en lugar seguro y se guardará convenientemente en un archivo de audio la grabación realizada, así como las transcripciones en archivos de texto utilizando el código de identificación o pseudónimos para asegurar la total confidencialidad y protección de los datos.

Análisis de resultados

Respecto al análisis de resultados se procedió a explorar estadísticamente las diferentes variables describiendo las respuestas obtenidas y realizando los cálculos planteados por el método de Fehring para hallar los *índices de validación de contenido diagnóstico* y el *índice de validez de contenido del diagnóstico*.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

En la fase preliminar de la investigación, siguiendo el procedimiento normalizado, se envió al Comité de Ética de la Investigación y Experimentación Animal de la Universidad de Alcalá la documentación oportuna con el fin de garantizar el cumplimiento de los requisitos éticos y legales, obteniéndose el dictamen favorable (CIE/HU/2019/42).

En esta línea, con el fin de proteger a las personas participantes, el estudio tiene en cuenta los principios éticos básicos y los enunciados expuestos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial actualizada en la 64ª Asamblea General celebrada en Fortaleza (Brasil) en 2013 y en el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Oviedo, 1997).

La investigadora se comprometió a respetar la confidencialidad de los datos e informar convenientemente por escrito a las enfermeras participantes en todas y cada una de las fases de la investigación, tanto de los fines como del procedimiento.

- ∞ En la fase I, cuestionario *on-line*. Las enfermeras participantes disponen de una sección informativa que describa los propósitos y las características del estudio. La cumplimentación será voluntaria y anónima. Los puntos de vista y las opiniones recogidas en ella están desligados de la identidad de la persona que los ha emitido, con el fin de respetar la confidencialidad de los participantes.
- ∞ En la fase II, validación de contenido del diagnóstico con técnica Delphi. Las enfermeras reciben por correo carta de presentación del estudio, hoja de información del participante y consentimiento informado. El consentimiento de participación se solicitará también al iniciar el cuestionario *on-line* y será ratificado con el envío de este. Durante todo el proceso se respeta la más estricta confidencialidad, no figurando en el cuestionario ninguna información personal que pueda identificar a la persona, otorgándose un número de participación en el correo que reciba la invitación a participar.
- ∞ Para la fase II, cuando sea factible incorporar técnica de Grupo Focal (técnica Delphi modificada). Las enfermeras participantes serán informadas, verbalmente y por escrito mediante la Hoja de Información del Participante

creada para la ocasión y confirmando su consentimiento de participación voluntaria y consentimiento expreso de grabación, pudiendo revocar el mismo en cualquier momento. En ambos casos se informará de manera clara y explícita de la utilización de grabadora de audio.

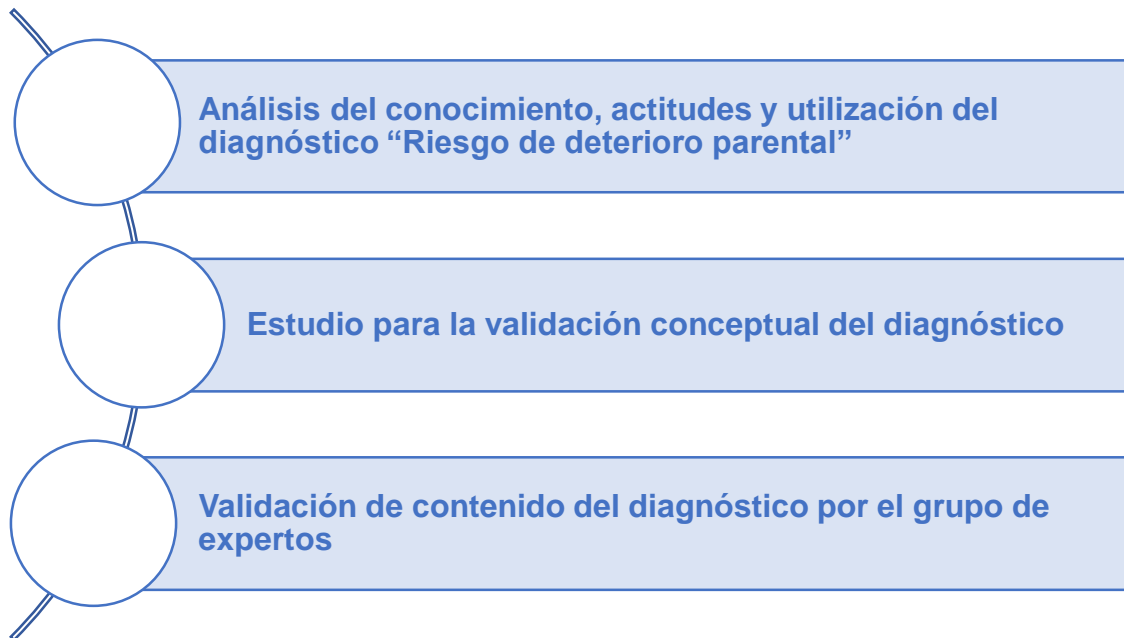
Los datos generados por las respuestas de las personas participantes en el estudio se guardarán de forma segura, teniendo solo acceso a él la investigadora y la directora de la tesis. La responsable del fichero generado y el tratamiento de los datos es la investigadora.

Los datos personales recogidos en el estudio serán tratados por los investigadores de conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, con la finalidad de tramitar su participación.

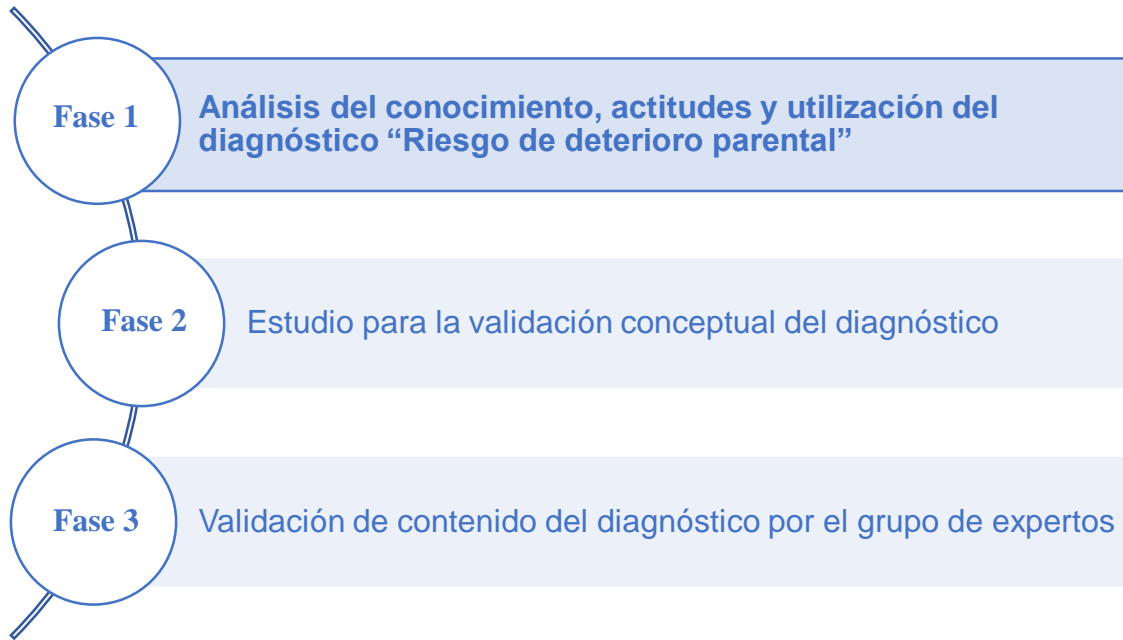
El órgano responsable del tratamiento es la Secretaría General de la Universidad, ante quien se podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de las diferentes fases de la investigación de manera secuencial al desarrollo de la investigación.



El estudio realizado en primer lugar orientado a analizar el conocimiento, las actitudes y la utilización del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* por parte de las enfermeras en el contexto español se obtuvieron los siguientes resultados:



Datos de caracterización y perfil de las enfermeras participantes en el estudio

En relación con el tamaño muestral, el número de enfermeras participantes las que ejercen la profesión en España fue de 243 enfermeras. Atendiendo al sexo⁵ el porcentaje de mujeres participantes (84%) es considerablemente superior al de hombres (16%), reflejo de la distribución natural existente en el colectivo profesional.

Respecto a la edad de las enfermeras, existe representatividad de todos los tramos etarios, predominando en la muestra enfermeras que en el momento actual se encuentran en la tercera y cuarta década de la vida. La edad media de las enfermeras que respondieron al cuestionario es $41,7 \pm 11,7$ años.

En la Figura 17 se representa gráficamente la distribución de la edad de las enfermeras participantes en el estudio.

⁵ Se utiliza la variable *sexo* entendida esta como la condición biológica diferenciadora de la persona, sin menoscabo de realizar en otro momento del estudio análisis de género.

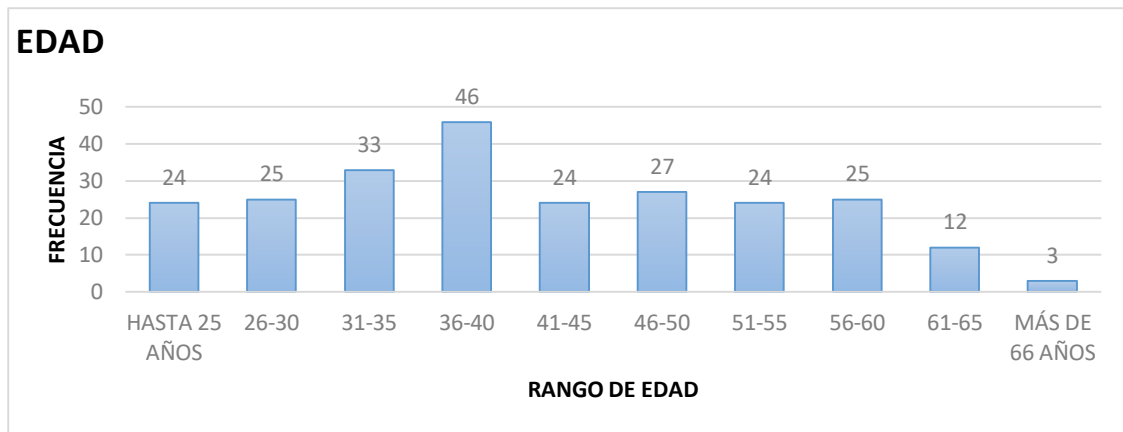


Figura 17. Distribución de la edad de las enfermeras participantes en el estudio.

Fuente: elaboración propia.

El análisis de la formación académica muestra que el número de enfermeras que han finalizado estudios de postgrado es superior (60,5%) al número de enfermeras que actualmente están en posesión de la titulación de Grado en Enfermería o Diplomado en Enfermería (39,5%).

Del número total de enfermeras, 108 tiene reconocido título de formación de especialista según lo contemplado en el RD 450/2005 de Especialidades lo que representa el 44,4% de la muestra. 98 enfermeras especialistas (40,3%) acreditan especialidad relacionada con el fenómeno de la parentalidad, las que son: Atención Familiar y Comunitaria, Salud Mental, Pediatría, Obstétrico-Ginecológica, según se observa en la Figura 18. Las enfermeras con especialidad no relacionada directamente con la parentalidad (Geriatría, Trabajo) representan un pequeño porcentaje (4%).

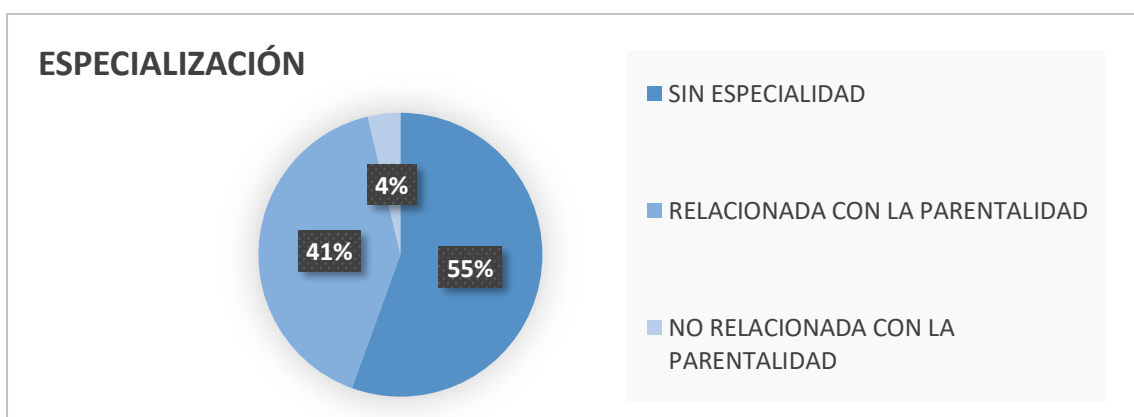


Figura 18. Especialización enfermera relacionada o no con la parentalidad.

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 9 se representan los datos relativos a las características sociodemográficas y relacionadas con la formación académica de las enfermeras.

Tabla 9. Datos sociodemográficos y formación académica.

Datos sociodemográficos y formación académica				
Sexo	Mujer	n 204	% 84%	
	Hombre	39	16%	
Edad (años)		\bar{x} 41,70	DE 11,74	
Formación académica	Grado	n 96	% 39,5	
	Posgrado	147	60,5	
Especialidad	Sin título especialista	n 135	% 55,6	
	Relacionada con parentalidad	Enf. Fam y Com	n 98	% 40,3
		Enf. Obs-Gine	19	7,8
		Enf. Pediátrica	4	1,6
		Enf. Salud Mental	15	6,2
		60	24,7	
No relacionada con parentalidad	Enf. Geriátrica	n 10	% 4	
	Enf. del Trabajo	7	2,8	
		3	1,2	

La experiencia profesional media de las enfermeras es superior a dieciocho años ($\bar{x}=18,23$). El ámbito de ejercicio profesional predominante es el asistencial (65%). Aproximadamente un tercio de las enfermeras (34,6%) desempeñan otras funciones profesionales (docencia/investigación/gestión) o combinan estas con la asistencia. Los resultados estadísticos sobre experiencia profesional y ámbito de ejercicio profesional se organizan en la Tabla 10.

Tabla 10. Datos profesionales y laborales enfermeras participantes.

Experiencia laboral (años)		\bar{x} 18,23	DE 11,81
		n	%
	Menos de 5 años	50	20,5
	6-10 años	20	8,2
	11-15 años	42	17,2
	16-20 años	38	15,6
	21-25 años	24	9,8
	26-30 años	28	11,5
	31-35 años	18	7,4
	Más de 35 años	23	9,4
Ámbito profesional	Asistencia	n 159	% 65,4
	Otros	84	34,6

Análisis del conocimiento, valoración y utilización del diagnóstico

Del análisis estadístico respecto al fenómeno y las variables propósito de la investigación puede objetivarse que las enfermeras identifican la etiqueta *Riesgo de Deterioro parental* como diagnóstico NANDA en un porcentaje elevado de los casos (87,7%). Las enfermeras no identifican de manera precisa la clase a la que pertenece el diagnóstico dentro del dominio Rol/Relaciones (75,7%). Según los datos, el nivel de conocimientos y formación previa asociado al diagnóstico puede considerarse escaso (10,3%). En la Tabla 11 se sintetizan los resultados obtenidos al respecto.

Tabla 11. Grado identificación y conocimientos asociados al diagnóstico.

	SÍ		NO	
	n	%	n	%
Identificación etiqueta	213	87,7	30	12,3
Reconocimiento clase a la que pertenece diagnóstico	59	24,3	184	75,7
Formación y conocimientos relacionados con el diagnóstico	25	10,3	218	89,7

Por lo general, las enfermeras reconocen que la etiqueta diagnóstica analizada representa claramente el fenómeno a estudio (70,8%), consideran pertinente su utilización en la práctica asistencial (89,3) y relevante respecto a la salud y los cuidados en las primeras etapas de la vida (82,7%). En la Tabla 12 se sintetizan estos datos.

Tabla 12. Análisis de la relevancia y pertinencia del diagnóstico para la práctica enfermera.

	SÍ		NO	
	n	%	n	%
Adecuación de la etiqueta diagnóstica	172	70,8	71	29,2
Pertinencia de uso por parte de las enfermeras	217	89,3	26	10,7
Relevancia respecto a la salud en las primeras etapas de la vida	201	82,7	42	17,3

En relación con la consideración y utilización efectiva del diagnóstico en la práctica asistencial, los datos ponen de manifiesto que tanto la consideración de uso (16%), como la frecuencia de utilización (8,2) es escasa. Se evidencia, además, elevada tasa de riesgo de infra diagnóstico (81,5%). Estos valores son representados en la Tabla 13.

Tabla 13. Nivel de consideración y uso del diagnóstico enfermero.

	SÍ		NO	
	n	%	n	%
Consideración de uso durante la práctica asistencial	39	16	204	84
Frecuencia de utilización	20	8,2	223	91,8
Riesgo de infra diagnóstico	198	81,5	45	18,5

Análisis exploratorio de variables

Se procedió a realizar estudio exploratorio de variables con objeto de identificar resultados que pudieran resultar significativos respecto a la identificación de la etiqueta, la relevancia y la utilización del diagnóstico variables (dependientes), comparando resultados en función de la edad, el sexo, nivel académico, formación previa sobre el diagnóstico, ámbito de ejercicio profesional, años de experiencia y competencia enfermera para la promoción del rol parental en el contexto familiar (variables independientes). Para las variables continuas se aplicó la prueba T para muestras independientes y para las variables discretas se realizaron tablas cruzadas considerando los valores obtenidos (chi-cuadrado).

De este análisis se obtienen como resultados significativos los siguientes:

- ∞ Las enfermeras que cuentan con formación postgrado identifican en mayor medida la etiqueta diagnóstica ($p=0,040$).
- ∞ Las enfermeras que consideran que dentro de las competencias profesionales se encuentra la promoción del rol parental identifican en mayor medida la etiqueta diagnóstica ($p=0,003$) y consideran relevante el diagnóstico enfermero a estudio ($p=0,000$).

En las Tablas 14, 15 y 16 se desglosan los datos estadísticos obtenidos de este análisis.

Tabla 14. Resultados estadísticos relativos a la identificación de la etiqueta diagnóstica.

	SÍ (n=213)	NO (n=30)	P
Edad	41,69	41,73	0,987
Sexo Mujer	180 (84,5%)	24 (80,0%)	0,594*
Formación previa diagnóstico	23 (10,8%)	2 (6,7%)	0,749 Fisher
Formación postgrado	134 (62,9%)	13 (43,3%)	0,040
Años experiencia laboral	18,47	16,57	0,410
Ámbito profesional asistencial	139 (65,3%)	20 (66,7%)	0,879
Promoción rol parental Enfermería	195 (91,5%)	22 (73,3%)	0,007*

*Fisher. Significación exacta (bilateral)

Tabla 15. Resultados estadísticos asociados a la relevancia atribuida al diagnóstico.

	SÍ n=201	NO n=42	P
Edad	41,92	40,64	0,523
Sexo Mujer	172 (85,6%)	32 (76,2%)	0,132
Formación previa diagnóstico	23 (11,4%)	2 (4,8%)	0,268*
Formación postgrado	122 (60,7%)	25 (59,5%)	0,888
Años experiencia laboral	18,59	16,55	0,310
Ámbito profesional asistencial	134 (66,7%)	25 (59,5%)	0,376
Promoción rol parental Enfermería	191 (95%)	26 (61,9%)	0,000*

*Fisher. Significación exacta (bilateral)

Tabla 16. Resultados estadísticos utilización del diagnóstico y riesgo de infra diagnóstico.

	SÍ n=198	NO n=45	P
Edad	1,14	44,18	0,117
Sexo mujer	163 (82,3%)	41 (91,1%)	0,147
Formación previa diagnóstico	19 (9,6%)	6 (13,3%)	0,425*
Formación postgrado	119 (60,1%)	28 (62,2%)	0,793
Años experiencia laboral	17,78)	20,22	40,212
Ámbito profesional asistencial	126 (63,6%)	33 (73,3%)	0,217
Promoción rol parental Enfermería	179 (90,4%)	38 (84,4%)	0,283*

*Fisher. Significación exacta (bilateral)

Análisis de los discursos de las enfermeras participantes

Respecto al análisis del texto libre expresado por las enfermeras en relación con la relevancia del diagnóstico en las primeras etapas de la vida se destaca que el 51,8% de las enfermeras (n=126) realizaron comentarios de manera voluntaria.

Los comentarios inciden en el impacto del diagnóstico en la salud y el desarrollo en población infanto-juvenil, en el desempeño del rol parental (rol de cuidador) y la parentalidad, la importancia de la familia y las relaciones familiares, poblaciones especiales y en un menor número de casos orientan hacia la intervención enfermera.

El 8,7% de los comentarios libres insiste en desconocimiento del diagnóstico, falta de utilización y consideración de uso, realiza crítica a la taxonomía NANDA o expresa algún comentario no codificable en las categorías anteriores.

En la Tabla 17 se presentan los discursos más representativos obtenidos.

Tabla 17. Discursos más representativos sobre la relevancia del diagnóstico.

<i>∞ Es fundamental la figura del cuidador principal para el desarrollo del niño/a.</i>
<i>∞ La calidad en el cuidado durante la primera etapa de la vida es fundamental para el desarrollo posterior del ser humano.</i>
<i>∞ Es necesario valorar y tener presente que la relación con el niño sea la adecuada.</i>
<i>∞ La capacidad de cuidar y educar se desarrolla desde el primer momento en el que llega el bebé, con frecuencia padre o madre o ambos tienen dificultades para adaptarse a este nuevo rol y evolucionar según las necesidades del niño o niña. La buena o mala adaptación condiciona la educación y los cuidados en toda la infancia, así como la vida de pareja y familiar. La enfermera de familia debe prevenir esta situación, facilitar la adaptación detectar dificultades y abordarlas junto a ambos padres.</i>
<i>∞ Es muy importante para el crecimiento de un niño una buena relación con sus padres. Y para ello sus padres deben sentirse bien con la labor de cuidado que llevan a cabo, con el rol de padres.</i>
<i>∞ La figura de referencia para el niño es fundamental para su desarrollo a todos los niveles, por lo que la detección de una posible incapacidad de cuidado es fundamental.</i>
<i>∞ Un inadecuado o mal desempeño del rol parental puede alterar el desarrollo del niño/a en múltiples ámbitos: social, psicológico, físico, emocional...</i>
<i>∞ Promoción y Prevención.</i>

∞ *Un incorrecto desarrollo del rol paternal afectará de forma negativa al desarrollo del niño*

∞ *Permite incidir sobre una posible problemática familiar que perjudica la salud de los/as hijos/a*

De los comentarios libres obtenidos en relación con la adecuación o pertinencia de la etiqueta diagnóstica (n=85; 34,9%), las enfermeras mostraron conformidad con la etiqueta en el 22,35% de los casos, argumentaron ambigüedad, confusión o dudas (14,11%), de igual modo mostraron desacuerdo (14,11%). En el 49,41% de los casos sus respuestas no aplican con lo planteado en el cuestionario. Los discursos más representativos al respecto se muestran en la Tabla 18.

Tabla 18. Discursos más representativos sobre la adecuación y la pertinencia de la etiqueta.

∞ *Te permite utilizar sin dudas.*

∞ *La etiqueta diagnóstica, cubre las posibles vicisitudes que se pueden presentar en dicho diagnóstico.*

∞ *Esta etiqueta genera dudas, no muestra claramente lo que quiere decir.*

∞ *Debería estar mejor descrita la figura del cuidador.*

∞ *Creo que podría mejorarse.*

∞ *La etiqueta es confusa y no describe la influencia en el desarrollo.*

∞ *Es adecuada y describe la vulnerabilidad.*

∞ *Puede dar pie a error, puede entenderse problemas en la relación.*

∞ *Etiqueta diagnóstica demasiado general.*

∞ *La etiqueta diagnóstica parece ambigua no tenía ni idea de que era hasta q he leído un poco sobre el tema. La etiqueta debería ser más clara.*

Respecto a los comentarios expresados por las enfermeras sobre si consideran que tienen competencias profesionales específicas para promover la parentalidad positiva e identificar precozmente el riesgo de poder realizar este rol satisfactoriamente por parte de

las figuras parentales, se observa una tasa de respuesta libre que alcanza el 35,3% siendo afirmativas todas las respuestas. En la Tabla 19 se ilustran algunos de los comentarios.

Tabla 19. Discursos más representativos sobre competencia profesional percibida.

∞	<i>En mi equipo soy la responsable de llevar el grupo de padres de pautas educativas básicas para niños con trastornos de conducta. Además, conozco otros programas basados en la parentalidad positiva donde participan enfermeras.</i>
∞	<i>La enfermera familiar y comunitaria tiene un papel crucial en el desarrollo de hábitos saludables de la familia y también de pautas de crianza saludables, así como de relaciones y la enfermera debe estar atenta para descubrir posibles factores de riesgo.</i>
∞	<i>La enfermería desde el principio está presente con la familia para el desarrollo adecuado de este rol y puede asesorar y apoyar ante dudas, preocupaciones o dificultades de los padres y madres.</i>
∞	<i>La salud comienza desde la concepción.</i>
∞	<i>Es fundamental que las enfermeras seamos capaces de identificar aquellos factores de riesgo que puedan suponer un peligro en la correcta relación padres - hijos para promover unos cuidados adecuados.</i>
∞	<i>Es una competencia específica, trabajo con la familia.</i>
∞	<i>Es un objetivo para la adecuada salud familiar.</i>
∞	<i>Enfermería tiene un papel clave en todos los contextos desde el hospitalario cómo comunitario, teniendo competencias suficientes para desempeñar actuaciones en caso de riesgo.</i>
∞	<i>La enfermera es agente de promoción y prevención.</i>
∞	<i>La enfermera es una figura relevante en el apoyo a la familia para el desarrollo de la parentalidad positiva.</i>

Por último, según las respuestas otorgadas por las enfermeras sobre los motivos por los que se infrutiliza en el diagnóstico planteados en la investigación los resultados muestran que el motivo fundamental es atribuido al desconocimiento del diagnóstico (67%), influyendo también de manera significativa las posibles connotaciones negativas asociadas a la etiqueta diagnóstica (28,6%) y su repercusión en los progenitores y la percepción de falta de competencia profesional para resolver el diagnóstico (28,07%).

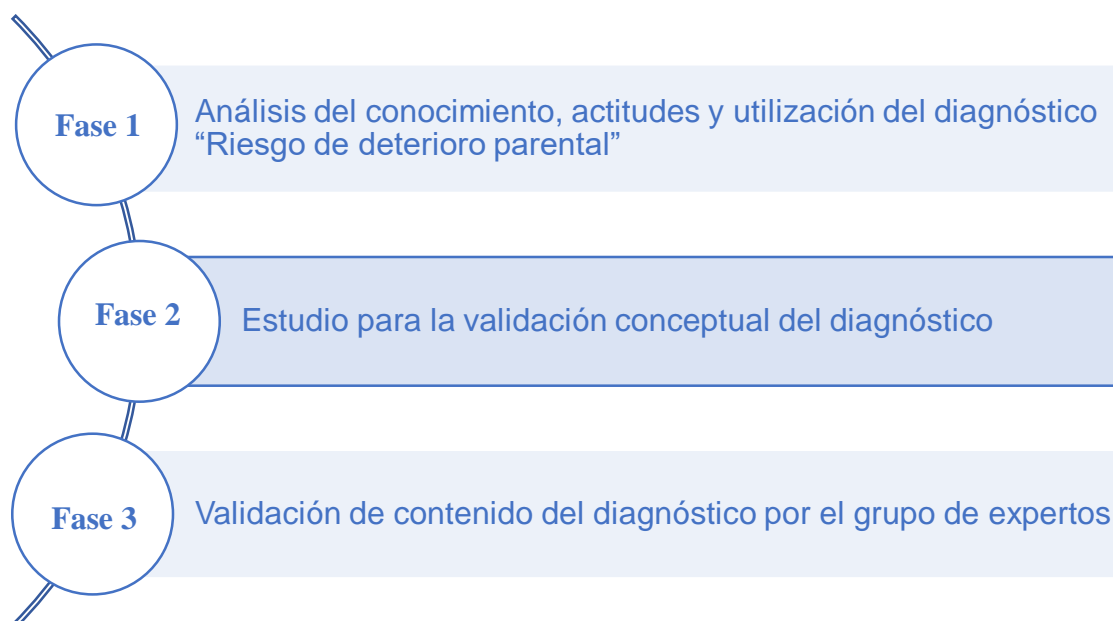
En penúltimo lugar se contempla una escasa consideración de la familia y la salud familiar (21,2%). Se reconocen también otros motivos no especificados (6,4%). Estos resultados pueden consultarse en la Tabla 20.

Tabla 20. Resultados estadísticos relacionados con los posibles motivos infra diagnóstico.

	n	%
Connotaciones negativas asociadas a la etiqueta diagnóstica y su repercusión en los progenitores	58	28,6
Desconocimiento del diagnóstico	136	67,0
Escasa consideración de la familia y la salud familiar	43	21,2
Percepción de falta de competencia profesional para resolver el diagnóstico	57	28,07
Otro/s	13	6,4

Un 49,3% de las enfermeras reconoce un único motivo que condiciona la utilización del diagnóstico, 16,8% de estas se inclinan por la presencia de dos motivos principales y 12,7% de ellas consideran que el infra diagnóstico es consecuencia de la combinación de tres posibles causas predominando: desconocimiento del diagnóstico, connotaciones negativas asociadas a la etiqueta diagnóstica y su repercusión en las figuras parentales y percepción de falta de competencia profesional para resolver el diagnóstico (4,5%).

En consonancia con la necesidad de fortalecer el nivel de evidencia asociado al diagnóstico NANDA *Riesgo de deterioro parental*, se procedió a aplicar la metodología de validación conceptual siguiendo el modelo de Walker y Avant (2005), complementario a las fases reconocidas en la Enfermería Basada en la Evidencia.



Los resultados se presentarán, según el modelo de referencia prefijado en el marco metodológico, en este orden:



Selección del concepto, objetivo y propósito del análisis

Según la metodología de análisis de Walker y Avant se seleccionó el concepto/fenómeno a estudio y se determinó el propósito del análisis.

Para el análisis conceptual del diagnóstico NANDA *Riesgo de deterioro parental*, se identificó como concepto a estudio y revisión el término "parental", y sus posibles equivalencias semánticas: *rol parental, parentalidad*. Este constructo teórico está siendo ampliamente utilizado y estudiado desde distintas disciplinas de conocimiento.

Teniendo presente que la etiqueta diagnóstica contempla el riesgo o la vulnerabilidad a experimentar deterioro en el rol parental, la pregunta de investigación asociada a este estudio de validación conceptual fue:

¿Qué significado tiene para las enfermeras el diagnóstico NANDA *Riesgo de deterioro parental* susceptible de cuidados desde el enfoque de la Salud Familiar y la Parentalidad Positiva?

En relación con esta pregunta, se planteó el objetivo de estudiar en profundidad y conocer el significado conceptual que las enfermeras le otorgan a la respuesta humana descrita en el diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* en los distintos contextos del cuidado.

La finalidad de su análisis se justificó en fortalecer la evidencia asociada al diagnóstico, describir el fenómeno, clarificar y contribuir a la comprensión de sus usos para sensibilizar con respecto a su utilización y favorecer, desde el cuidado enfermero, resultados en salud positivos en el ejercicio de la parentalidad y la detección temprana de factores de riesgo.

Revisión bibliográfica: estrategia de búsqueda, criterios de inclusión

El estudio del significado conceptual del diagnóstico se realizó a partir de revisión bibliográfica, consultando fuentes y recursos de información específicos del ámbito de la disciplina enfermera. La búsqueda se apoyó por los servicios y recursos de la Biblioteca de la Universidad de Alcalá.

En primer lugar, para la búsqueda y gestión de la información relativa al diagnóstico, se consideró de interés revisar la fuente primaria y documentación original adscrita a NANDA-I. Se consultaron las diferentes taxonomías publicadas periódicamente y se intentó acceder a la documentación original asociada al diagnóstico.

Esta última documentación, trascendente para la investigación, es de acceso restringido, exclusivo y limitado a socios, por tanto, se realizó la inscripción como miembro para acceder a la consulta de estas fuentes. A pesar del trámite el acceso a la fuente original fue imposible, aspecto que se considera una limitación importante en este estudio.

Los términos de búsqueda para la revisión de la literatura científica fueron: Enfermería, parental, parentalidad, Parentalidad Positiva, riesgo de deterioro parental, NANDA-I y su correspondiente traducción al inglés.

Además del lenguaje natural, para operativizar la búsqueda se utilizaron descriptores de lenguaje controlado para contrarrestar las posibles variantes polisémicas, gramaticales y ambigüedades:

∞ Tesoros del Mesh (Medical Subject Heading terms) para el entorno Medline.

Parents: persons functioning as natural, adoptive, or substitute parents. The heading includes the concept of parenthood as well as preparation for becoming a parent. Year introduced: 1969 (1967)

Nursing: the field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.

Family Nursing: the provision of care involving the nursing process, to families and family members in health and illness situations. From Lippincott Manual of Nursing Practice. 6th ed. Year introduced: 2001

∞ Términos Decs (Descriptors in Health Sciences) para el entorno del Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud.

Responsabilidad parental: desempeño del papel de los padres al ofrecer cuidado, alimento y protección al niño, sea por padres biológicos o sustitutos. Los padres le brindan apoyo al niño al ejercer autoridad y por medio de comportamientos que son consistentes, empáticos y apropiados en respuesta a las necesidades del niño. Difiere de la crianza en que en la crianza del niño se hace énfasis en el acto de entrenamiento o de desarrollo del niño y la interacción entre los padres y el niño, en tanto en que la responsabilidad parental enfatiza la responsabilidad y cualidades del comportamiento ejemplar de los padres. 2) Conjunto de poderes legalmente otorgados a los padres sobre la persona y los bienes de los hijos Fuente: Comisión Europea - Red Judicial Europea en materia civil y mercantil. Responsabilidad Parental. Derecho

Respecto a la gestión y selección de las fuentes, se establecieron como criterios de inclusión revisiones sistemáticas, artículos originales, revisiones bibliográficas publicados en revistas científicas y disponibles a texto completo en español, inglés o portugués sin límites temporales para compensar el riesgo a perder posibles aportaciones relevantes en los que apareciera en el título o *abstract* los términos de búsqueda.

Se consideraron como criterios de exclusión aquellas publicaciones no disponibles a texto completo o publicadas en idioma diferente al considerado. Se descartó la consulta en sistemas de información de apoyo a la decisión clínica.

Se procedió a realizar la búsqueda automatizada en distintas fuentes bibliográficas y recursos de información representativos para la investigación en el ámbito de la disciplina enfermera, otras Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales. Para la localización de artículos se realizó una búsqueda avanzada, estableciéndose la ecuación de búsqueda a partir de la combinación de los términos/descriptores de búsqueda con los operadores booleanos en las siguientes bases de datos: *Pubmed*, *Scielo*, *Scopus*, *Web of Science*, Biblioteca Virtual de la Salud, *Lilacs*, *CINALH-EBSCO*, *Cochrane Library*, *Cuiden*, *ENFISPO*, *EPISTEMONIKOS*, *MEDES*, *PsycINFO*.

La búsqueda se completó con una búsqueda manual a partir de la consulta de libros y otros documentos/informes técnicos relacionados con el fenómeno a estudio. Con el propósito de completar y aumentar la expansión de la búsqueda, se realizó una búsqueda inversa, rastreando las referencias bibliográficas citadas en los artículos o trabajos seleccionados y que pudieran resultar relevantes para la investigación.

Resultados de la búsqueda bibliográfica

Tal y como se mencionó con anterioridad, inicialmente la búsqueda bibliográfica se orientó hacia la fuente original, el repositorio de NANDA-I. La producción científica de NANDA-I está disponible exclusivamente para los miembros de esta asociación (no *open access*). Para compensar la limitación, se optó por realizar la inscripción como miembro, pero aun habiendo procedido a ello, la búsqueda no ofreció resultados.

Resultó inviable acceder a la fuente original tanto del diagnóstico como del resto de diagnósticos del marco de la parentalidad. Para compensar, se realizó una revisión de las publicaciones seriadas de la taxonomía según las diferentes ediciones de los últimos veinte años.

En la Figura 19 se representa el proceso de búsqueda y gestión de la información realizado sobre el foco del diagnóstico, parentalidad, a partir de la consulta de las bases de datos electrónicas.

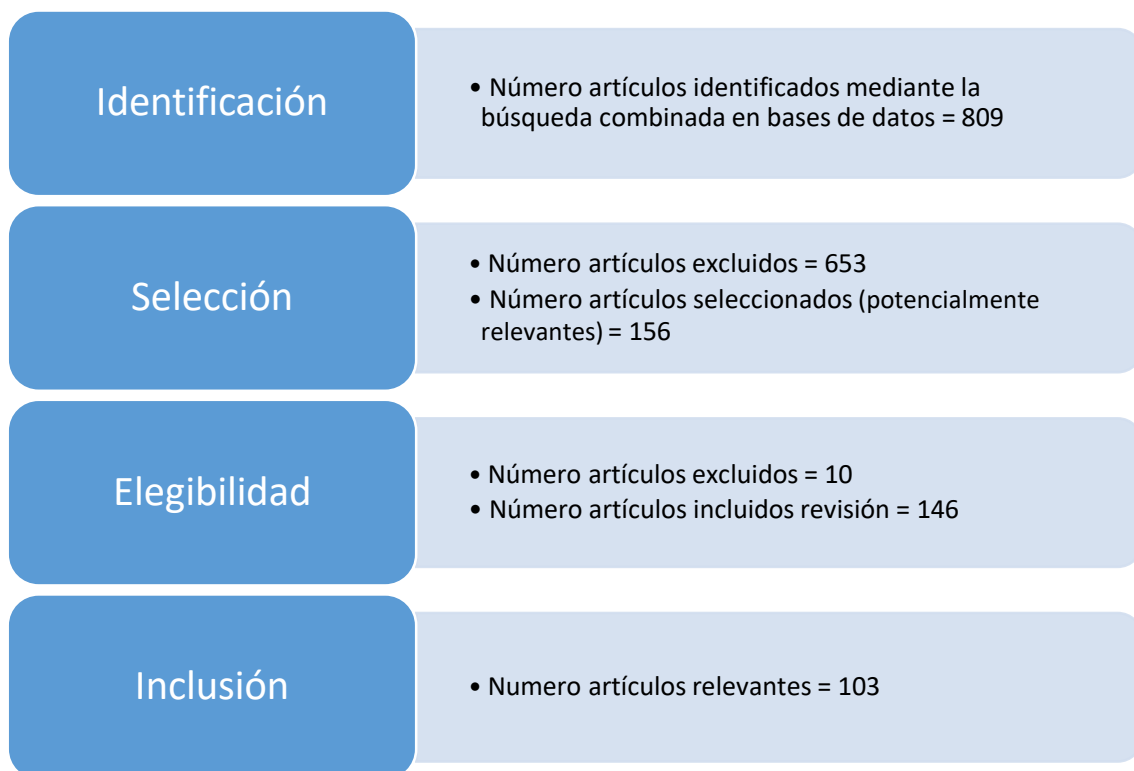


Figura 19. Proceso de búsqueda y gestión de la información.

Fuente: elaboración propia.

Los recursos de información consultados se reflejan en la Tabla 21.

Tabla 21. Recursos de información y datos bibliométricos.

Bases de datos consultadas	N.º total artículos	Artículos preseleccionados
Biblioteca Virtual de la Salud IBECS – LILACS	66	6
CINALH – EBSCO	157	21
Cochrane Library	0	0
Cuiden	36	26
ENFISPO	9	9
EPISTEMONIKOS	18	8
MEDES	5	2
PsycINFO	20	2
PubMed	110	15
Scielo	140	8
Scopus	46	20
Web of Science	202	39

Las publicaciones obtenidas datan de las dos últimas décadas, destaca la producción científica de 2018, 2016 y 2009. Entre ellas se localizó 1 metaanálisis, 10 revisiones sistemáticas, 32 estudios cualitativos, 36 estudios cuantitativos, 19 revisiones bibliográficas y 5 publicaciones categorizadas como *otros estudios* (Anexo 1).

Proceso de lectura y razonamiento crítico: síntesis de información

El proceso de lectura y análisis de documentación comenzó con la literatura científica accesible relativa al diagnóstico, recopilándose las taxonomías publicadas en los últimos 20 años y alguna publicación previa. Posteriormente se seleccionaron las fuentes bibliográficas obtenidas tras la revisión electrónica.

Con todo ello se procedió a realizar la lectura crítica de la literatura científica, abstrayendo el conocimiento relacionado con el concepto a estudio, siguiendo las etapas recomendadas por Walker y Avant (2005) y los siguientes componentes o unidades de análisis:

- ∞ Definición y usos del concepto
- ∞ Atributos
- ∞ Antecedentes
- ∞ Consecuencias

A partir de estos componentes, se describió el modelo diagnóstico y posteriormente el constructo teórico (fenómeno a estudio), los ámbitos y usos de la parentalidad en el marco de la práctica enfermera.

Con posterioridad, se analizaron los atributos, los antecedentes y las consecuencias relacionadas con el concepto. Se entendieron como atributos aquellas propiedades o dimensiones que describen y caracterizan el concepto; los antecedentes como factores determinantes que lo condicionan y, por último, los resultados como las posibles consecuencias asociadas.

Existe interrelación entre los componentes o unidades de análisis configurándose la parentalidad como un proceso sistémico según puede observarse en la Figura 20.

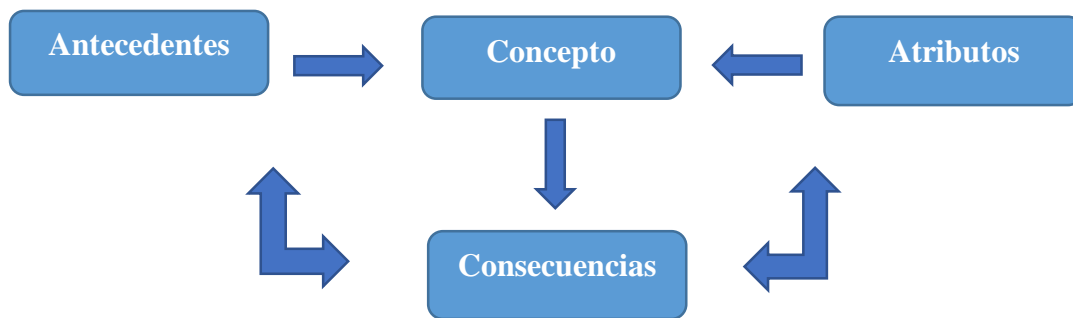


Figura 20. Elementos de la validación conceptual e interrelación.

Fuente: elaboración propia.

Mediante la aplicación del razonamiento crítico durante el proceso de lectura y análisis de la literatura fue posible identificar los elementos más significativos e incluso organizarlos en diferentes categorías las que se constituyen como unidades de significado en sí mismas tal y como se plasma en la Figura 21.

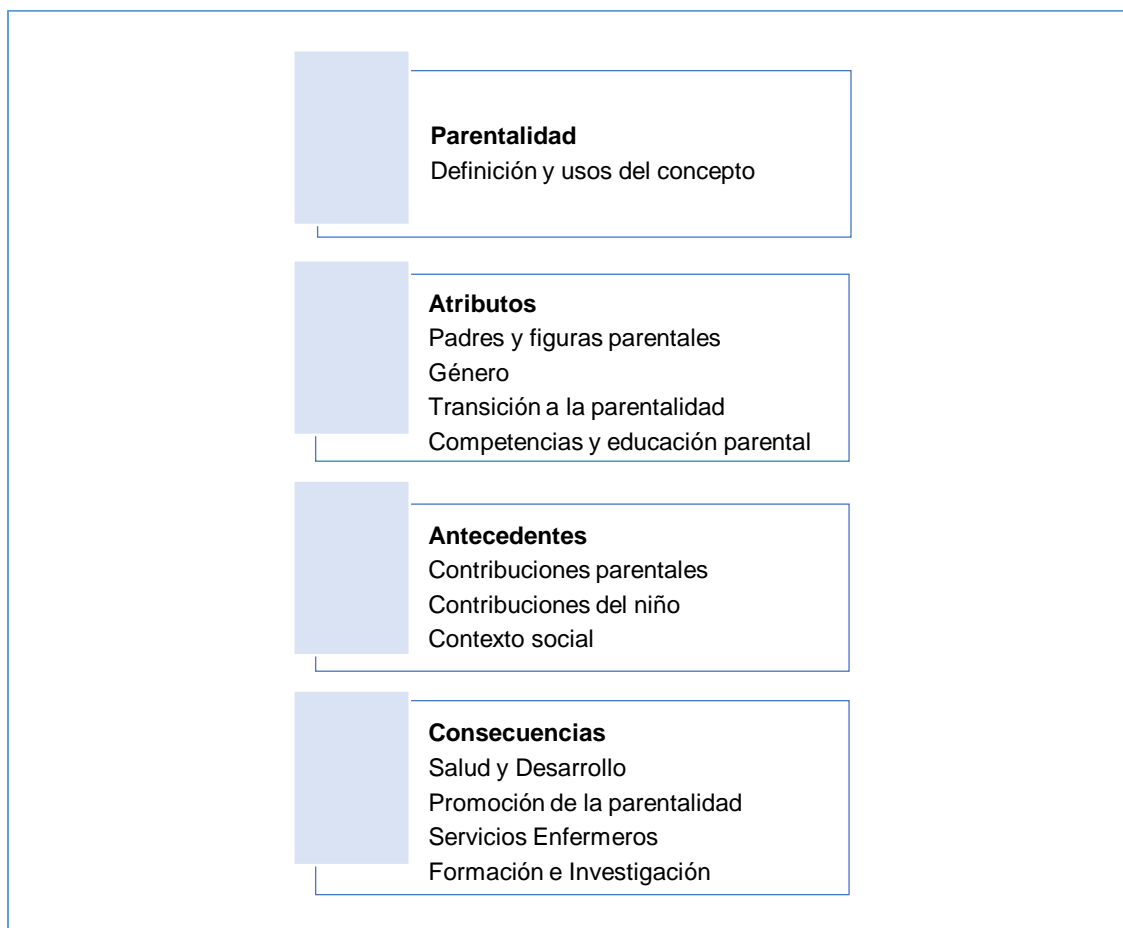


Figura 21. Esquema de análisis conceptual del fenómeno de la parentalidad.

Fuente: elaboración propia.

Como documentación anexa se adjunta, organizada en tablas, toda la información relevante obtenida a partir de las fuentes bibliográficas consultadas.

Evidencia respecto al diagnóstico y sobre el fenómeno de la parentalidad

A mediados de los años 80 el diagnóstico se encontraba incluido en la taxonomía con la denominación de *Alto de riesgo de alteración parental*. Esta etiqueta viene recogida en la clasificación correspondiente a 1992-1993 incorporada al patrón 3 correspondiente a *relaciones* (186).

En la clasificación de NANDA-I correspondiente a 1995-1996, el diagnóstico aparece como *Riesgo de alteración parental* se mantiene en el patrón número 3 y su definición traducida al español era: *Estado en el que una figura parental está en riesgo de experimentar incapacidad para crear un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo de otro ser humano* (187).

En 1998, aceptada la propuesta de clasificación basada en los patrones funcionales de Gordon a la taxonomía, el diagnóstico fue revisado por primera vez desde su incorporación en 1978 y se adscribió al *Dominio 7 Rol/Relaciones* definido como *Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones* y la Clase 1 entendida como *Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud* (188).

Posteriormente, en 2000 se produjo la conversión de la Taxonomía I a la Taxonomía II y la Junta de Directores de la NANDA cambió el término *alteración* por *deterioro* (188), modificándose la etiqueta diagnóstica y comenzando a denominarse *Riesgo de deterioro parental*.

Del análisis de los siete ejes del diagnóstico, según lo recogido en la taxonomía 2018-2020, se concluye que (17):

- ∞ Eje 1. El foco del diagnóstico lo constituye el concepto diagnóstico *parental* incluido en la Taxonomía II.
- ∞ Eje 2. La unidad de cuidados (sujeto diagnóstico) para la que se puede formular el diagnóstico puede ser una personas o varias personas, se integren o no en una única familia, entendida esta tal y como expresa NANDA-I *dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas, perciben*

obligaciones recíprocas, otorgan significados comunes y comparten ciertas obligaciones hacia otros; relacionadas por consanguinidad o elección (188). En este caso es de aplicación más específica la/s persona/s que ejerce el rol de cuidadora/s.

- ∞ Eje 3. Juicio. De los diferentes valores el diagnóstico incorpora el descriptor o valor *deteriorado* cuyo significado puede adquirir las siguientes acepciones: empeorado, debilitado, lesionado o reducido.
- ∞ Eje 4. Localización. Diagnóstico del área psicosocial, no aplica identificar topología corporal asociada.
- ∞ Eje 5. En relación con la edad sobre la que aplicar el diagnóstico, se considera que puede asignarse a población adolescente y adulta, e incluso población mayor de 65 años, siempre que existan responsabilidades asociadas al cuidado de menores.
- ∞ Eje 6. Respecto al tiempo (duración: agudo, crónico, intermitente o continuo) es un eje implícito al diagnóstico, no relevante en este caso, tal y como reconoce la NANDA-I para algunas situaciones diagnósticas.
- ∞ Eje 7. Estado del diagnóstico. Riesgo: vulnerabilidad o susceptibilidad para desarrollar, en el futuro, una respuesta humana no deseable a afecciones de salud/procesos vitales, especialmente como resultado de la exposición o factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida.

Se revisaron las clasificaciones diagnósticas de las diferentes ediciones publicadas por NANDA-I desde 2001 hasta la actualidad según se muestra en la Figura 22.



Figura 22. Relación taxonomías diagnósticas de la NANDA revisadas para el estudio.
Fuente: elaboración propia.

Se analizó la evolución del diagnóstico en las diferentes publicaciones a partir de la tabulación de los modelos diagnósticos pertenecientes a cada taxonomía. Se identificaron y analizaron las modificaciones realizadas sobre el diagnóstico con especial énfasis en las revisiones realizadas en 2013 y 2017. De este análisis los resultados más destacados son:

La etiqueta diagnóstica, y su codificación numérica asociada (00057), se ha mantenido estable en el tiempo. De igual manera, el diagnóstico permanece estable en el patrón 7 *Rol/Relaciones* dentro de la Clase 1 *Roles de cuidador* tras el cambio de estructura de NANDA-I en 1998, coincidente a su vez con la primera revisión del diagnóstico.

Respecto a la definición del diagnóstico, esta ha experimentado modificaciones desde su inicio. Se destaca que en las primeras ediciones se utilizaba el concepto *figura parental* sustituyendo el mismo por *cuidador principal*, término actualmente vigente.

En todos los casos, en el contexto de la definición aparece como beneficiaria de los cuidados una persona menor de edad bajo la denominación de *niño*. Se describe el resultado de salud deseable en términos de la promoción del bienestar y el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

El diagnóstico orienta a la identificación del riesgo a la incapacidad para crear un entorno facilitador para el desarrollo. El modo en el que se enuncia la definición y se combinan estos elementos se ha visto modificado a tenor del proceso de depuración y desarrollo de la taxonomía.

En la edición de 2012-2014 todos los diagnósticos de riesgo iniciaban explícitamente con esta denominación. Posteriormente se sustituyó el término *riesgo de* por *vulnerabilidad a* y en la última edición *vulnerable a*.

En la Tabla 22 puede consultarse los aspectos expresados anteriormente.

Tabla 22. Evolución histórica y modificaciones sobre la etiqueta diagnóstica.

Evolución histórica y modificaciones sobre la etiqueta diagnóstica	
1992-1993	Estado en el que la figura o figuras responsables de la crianza del niño experimentan una incapacidad para crear un entorno que promueva el crecimiento y el desarrollo óptimos de otro ser humano (186).
1995-1996	Estado en el que una figura parental está en riesgo de experimentar incapacidad para crear un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo de otro ser humano (187).
1999-2000	Riesgo de incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el crecimiento y desarrollo óptimos del niño (189).
2001-2002	El cuidador principal corre el riesgo de no poder crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el crecimiento y desarrollo óptimos del niño (188).
2012-2014	Riesgo de incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño (190).
2015-2017	Vulnerabilidad del cuidador principal a la incapacidad para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer su bienestar (20).
2018-2020	Vulnerable a la incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer el bienestar del niño (17).

Uno de los cambios más sustanciales que ha experimentado el diagnóstico ha sido la categorización de los factores de riesgo. Hasta la edición de la taxonomía 2015-2017 los factores de riesgo se agrupaban en cinco categorías según lo presentado en la Figura 23.



Figura 23. Categorización factores de riesgo taxonomía 2015-2017.

Fuente: elaboración propia.

En la edición 2018-2020, la taxonomía NANDA-I modificó el modo de organizar los anteriormente denominados factores de riesgo, distinguió tres posibles categorías (17):

- ∞ Factores de riesgo tanto del *Lactante/Niño* como de la figura *Parental*.
- ∞ Población de riesgo específica del grupo *Lactante/Niño* o de la figura *Parental*.
- ∞ Problemas asociados al *Lactante/Niño* o a la figura *Parental*.

A partir de las publicaciones seriadas de la taxonomía, se observa que el número de factores de riesgo y algunos de sus atributos han experimentado cambios. Algunos factores de riesgo se añaden, en otros casos ven modificado léxico, significado o disposición y en alguna situación se retiran.

En la taxonomía de 2001-2002 el diagnóstico contenía 63 factores de riesgo, permaneció prácticamente estable hasta la edición 2007-2008 que aumentó en 5 los factores de riesgo aprobados. El aumento más considerable se produjo en la edición 2012-2014 con un total de 74 factores de riesgo, depurándose en las publicaciones de 2015-2017 y 2018-2020 a 64 y 67 respectivamente una vez realizada la revisión del diagnóstico. Los factores de riesgo y su disposición en las diferentes ediciones de la taxonomía se reflejan en Tabla 23 que se muestra a continuación.

Tabla 23. Factores de riesgo codificados según taxonomías.

Taxonomía	FR Totales	FR Sociales	FR Conocimientos	FR Fisiológicos	FR Lactante niño	FR Psicológicos	Variación
2001-2002	63	29	10	1	12	11	=
2003-2004	63	30	10	1	12	12	=
2005-2006	62	29	10	1	12	10	↓
2007-2008	68	36	10	1	11	10	↑
2009-2011	68	36	10	1	11	10	=
2012-2014	74	42	10	1	11	10	↑
2015-2017	64	32	10	1	11	10	↓
2018-2020	FR		Población		Problemas asociados		↑ 67
	Lactante/ niño	Parental	Lactante/ niño	Parental	Lactante/ niño	Parental	
	2	32	6	20	4	3	

Realizado un análisis pormenorizado de las taxonomías, en la Tabla 24 se muestra la evolución y los cambios respecto al modelo diagnóstico y los factores de riesgo.

Tabla 24. Evolución y cambios en las taxonomías NANDA-I.

Evolución y cambios en las taxonomías NANDA-I
<p>2001-2002</p> <p>FR: Sociales / Conocimientos / Fisiológicos / Lactante o niño / Psicológicos</p> <p>Situación de partida</p>
<p>2003-2004</p> <p>FR: Sociales / Conocimientos / Fisiológicos / Lactante o niño / Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Desaparece Dificultades sociales ∞ Se añade Dificultades legales y dificultades económicas ∞ Desaparece Parto múltiple (se mantiene Muchos hijos o hijos con poca diferencia de edad)
<p>2005-2006</p> <p>FR: Sociales / Conocimientos / Fisiológicos / Lactante o niño / Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Desaparece Falta de redes sociales (se mantiene Falta de redes de apoyo social)
<p>2007-2008</p> <p>FR: Lactante o niño / Conocimientos / Fisiológicos / Psicológicos / Sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> ∞ Se desglosa Condición mutilante o Retraso en el desarrollo ∞ Desaparece Embarazo no planificado o niño no deseado ∞ Desaparece Separación de los padres al nacer (se mantiene Prolongada separación de los padres) ∞ Se desglosa Muchos hijos e Hijos con poca diferencia de edad ∞ Desaparece Separación del lactante/niño ∞ Se desglosa Deprivación del sueño o Alteración del sueño ∞ Se desglosa Falta de cuidados prenatales / Cuidados prenatales tardíos ∞ Baja autoestima --> Baja autoestima crónica y Baja autoestima situacional ∞ Desaparece Incapacidad para priorizar las necesidades del niño antes que las propias ∞ Desaparece Historia de malos tratos anteriores ∞ Falta o inadecuación del modelo del rol parental --> Aparece Falta de modelo del rol parental ∞ Aparece Falta de implicación de la madre del niño ∞ Se desglosa Embarazo no planeado y Embarazo no deseado ∞ Se desglosa Desempleo y Problemas laborales ∞ Aparece Clase socioeconómica baja ∞ Aparece Antecedentes de haber cometido malos tratos ∞ Aparece en FR sociales Separación de los padres y el niño ∞ Modificación Conflicto marital (previo Conflicto marital, disminución de la satisfacción)
<p>2009-2011</p> <p>FR: Lactante o niño / Conocimientos / Fisiológicos / Psicológicos / Sociales</p>

- ∞ Modificación Trastorno por déficit de atención por hiperactividad
- ∞ Modificación Condición mutilante por Situación de minusvalía
- ∞ Desaparece Falta de correspondencia con las expectativas de los padres (temperamento)
- ∞ Modificación Funcionamiento cognitivo precario
- ∞ Modificación Bajo nivel educacional (previo Bajo nivel educacional o de conocimientos)
- ∞ Modificación Embarazos muy seguidos (previo Hijos con poca diferencia de edad)
- ∞ Modificación Proceso nacimiento difícil (previo Parto o parto difícil)
- ∞ Modificación Gran número de embarazos (previo Muchos hijos o hijos con poca diferencia de edad)
- ∞ Modificación Antecedentes trastorno mental (previo Antecedentes de enfermedad mental)
- ∞ Modificación Antecedentes de abuso (previo Antecedentes de abuso o dependencia a sustancias)
- ∞ Modificación Juventud de los padres (previo Juventud, especialmente adolescencia)
- ∞ Desaparece Separación del lactante/niño
- ∞ Modificación Entorno doméstico pobre (previo Entorno doméstico inadecuado)
- ∞ Modificación Tensión en el desempeño del rol (previo Tensión o sobrecarga en desempeño del rol)
- ∞ Modificación Modelo del rol parental precario (previo Inadecuación del modelo del rol parental)
- ∞ Modificación Habilidades de solución de problemas precarias (previo Falta de habilidades de solución de problemas)
- ∞ Modificación Desempleo (previo Problemas laborales)
- ∞ Se desglosa Embarazo no planeado / Embarazo no deseado

2012-2014

Se modifica definición del diagnóstico

FR: Lactante o niño / Conocimientos / Fisiológicos / Psicológicos / Sociales

- ∞ Modificación Alteración de las capacidades perceptivas (previo Alteración de las capacidades perceptuales)
- ∞ Modificación Situación de discapacidad (previo Situación de minusvalía)
- ∞ Modificación Bajo nivel educativo (previo Bajo nivel educacional)
- ∞ Modificación Conocimientos deficientes sobre el desarrollo del niño (previo Falta de conocimientos sobre el desarrollo del niño)
- ∞ Modificación Conocimientos deficientes sobre el mantenimiento de la salud del niño (previo Falta de conocimientos sobre el mantenimiento de la salud del niño)
- ∞ Modificación Conocimientos deficientes sobre las habilidades parentales (previo Falta de conocimientos sobre las habilidades parentales)
- ∞ Modificación Falta de preparación cognitiva para la maternidad o paternidad (previo Falta de disponibilidad cognitiva para la maternidad o paternidad)
- ∞ Modificación Pocas habilidades de comunicación (previo Habilidades de comunicación pobres)
- ∞ Modificación Incapacidad para responder a las claves del niño (previo Incapacidad para reconocer y actuar ante las claves del niño)
- ∞ Modificación Función cognitiva limitada (previo Funcionamiento cognitivo precario)
- ∞ Modificación Privación del sueño (previo Deprivación del sueño)
- ∞ Modificación Dificultad en el proceso de nacimiento (previo Proceso de nacimiento difícil)
- ∞ Modificación Alto número de embarazos (previo Gran número de embarazos)
- ∞ Modificación Antecedentes de enfermedad mental (previo Antecedentes de trastorno mental)
- ∞ Coexiste Falta de acceso a los recursos / Falta de recursos
- ∞ Coexiste Falta de redes de apoyo social / Falta de redes sociales
- ∞ Modificación Falta o inadecuación del modelo del rol parental (previo modelo del rol parental precario)

- ∞ Modificación Pocas habilidades para la solución de problemas (previo habilidades de solución de problemas precarias)
- ∞ Reaparece problemas laborales

2015-2017

Se modifica definición del diagnóstico

FR: Conocimientos / Fisiológicos / Lactante o niño / Psicológicos / Sociales

- ∞ Modificación Alteración de la función cognitiva (previo Función cognitiva limitada)
- ∞ Modificación Nivel educativo bajo (previo Bajo nivel educativo)
- ∞ Modificación Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño (previo Conocimientos deficientes sobre el desarrollo del niño)
- ∞ Modificación Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño (previo Conocimientos deficientes sobre el mantenimiento de la salud del niño)
- ∞ Modificación Expectativas poco realistas (previo Expectativas poco realistas sobre el niño)
- ∞ Modificación Habilidades comunicativas ineficaces (previo Pocas habilidades de comunicación)
- ∞ Modificación Preparación cognitiva para la paternidad insuficiente (previo Falta de preparación cognitiva para la maternidad o paternidad)
- ∞ Modificación Preparación cognitiva para la paternidad insuficiente (previo Falta de preparación para la maternidad o paternidad)
- ∞ Modificación Respuesta insuficiente a las señales del niño (previo Incapacidad para responder a las claves del niño)
- ∞ Modificación Afección discapacitante (previo Situación de discapacidad)
- ∞ Modificación Alteración de las habilidades perceptuales (previo Alteración de las capacidades perceptivas)
- ∞ Modificación Nacimiento múltiple (previo Múltiples nacimientos)
- ∞ Modificación Prematuredad (previo Nacimiento prematuro)
- ∞ Modificación Separación prolongada de los padres (previo Prolongada separación de los padres)
- ∞ Modificación Retraso en el desarrollo (previo Retraso del desarrollo).
- ∞ Modificación Trastorno conductual (previo Trastorno de déficit de atención por hiperactividad)
- ∞ Modificación Patrón de sueño no reparador (previo Alteración del sueño)
- ∞ Modificación Número de embarazos elevado (previo Alto número de embarazos)
- ∞ Modificación Deprivación del sueño (previo Privación del sueño)
- ∞ Modificación Dificultad en el proceso de parto (previo Dificultad en el proceso de nacimiento)
- ∞ Modificación Antecedentes de abuso (p. ej. físico, psicológico, sexual) (previo Antecedentes de haber sufrido malos tratos)
- ∞ Modificación Antecedentes de haber cometido abusos (previo Antecedentes de haber cometido malos tratos).
- ∞ Modificación Apoyo social insuficiente (previo Falta de redes de apoyo social)
- ∞ Modificación Autoestima baja (previos Baja autoestima crónica y Baja autoestima situacional)
- ∞ Modificación Cohesión familiar insuficiente (previo Falta de cohesión familiar)
- ∞ Modificación Conflicto entre la pareja (previo Conflicto marital)
- ∞ Modificación Cuidado prenatal insuficiente (previo Cuidados prenatales tardíos)
- ∞ Aparece Cuidados prenatales del último periodo de embarazo
- ∞ Desaparece desvalorización de la paternidad/maternidad
- ∞ Modificación Económicamente desfavorecidos (previo Pobreza)
- ∞ Modificación Embarazo no planificado (previo Embarazo no planeado)
- ∞ Modificación Fracaso en la provisión de un entorno seguro (previo Entorno doméstico pobre)
- ∞ Modificación Estrategias de afrontamiento ineficaces (previo Estrategias de afrontamiento desadaptadas)

- ∞ Modificación Factores estresantes (previo Estrés)
- ∞ Modificación Falta de implicación de la madre (previo Falta de implicación de la madre del niño)
- ∞ Modificación Falta de implicación del padre (previo Falta de implicación del padre del niño)
- ∞ Modificación Habilidades de resolución de problemas insuficientes (previo Habilidades de solución de problemas precarias)
- ∞ Modificación Modelo del rol parental inadecuado (previo Modelo del rol parental precario)
- ∞ Aparece Recursos insuficientes (p.ej., económicos, sociales, conocimientos)
- ∞ Modificación Transporte inadecuado (previo Falta de transporte)
- ∞ Modificación Valoración insuficiente de la paternidad (previo Desvalorización de de la paternidad/maternidad)

2018-2020

Se modifica definición del diagnóstico

Se modifica categorización de factores de riesgo. Se agrupan en: Factores de riesgo (Lactante/Niño – Parental), Población de riesgo (Lactante/Niño – Parental) y Problemas asociados (Lactante/Niño – Parental)

- ∞ Se modifica Alteración del funcionamiento cognitivo (previo Alteración de la función cognitiva).
- ∞ Se modifica Expectativas no realistas (previo Expectativas poco realistas)
- ∞ Se modifica Problema discapacitante (previo Afección discapacitante)
- ∞ Se modifica Alteración de las capacidades perceptuales (previo Alteración de las habilidades perceptuales)
- ∞ Se modifica Enfermedad crónica (previo Enfermedad)
- ∞ Se modifica Partos múltiples (previo Nacimiento múltiple)
- ∞ Se modifica Género diferente al deseado (previo Sexo diferente al deseado)
- ∞ Se modifica Antecedentes de mal uso de sustancias (previo Antecedentes de abuso de sustancias)
- ∞ Se modifica Procesos de parto difíciles (previo Dificultad para el proceso de parto)
- ∞ Se modifica Alto número de embarazos (previo Número de embarazos elevado)
- ∞ Se modifica Acceso insuficiente a recursos (previo Acceso a recursos insuficiente)
- ∞ Se modifica Antecedentes de haber realizado abusos (Antecedentes de haber cometido abusos)
- ∞ Se modifica Baja autoestima (previo Autoestima baja)
- ∞ Se modifica Dificultades en el trabajo (previo Dificultades laborales)
- ∞ Se modifica Disposición para los cuidados del niño inadecuada (Disposición inadecuada para el cuidado del niño)
- ∞ Se modifica En desventaja económica (previo Económicamente desfavorecidos)
- ∞ Se modifica Estresores (previo Factores estresantes)
- ∞ Se modifica Modelo del rol parental insuficiente (previo Modelo del rol parental inadecuado)
- ∞ Desaparece Separación de los padres y el niño
- ∞ Se modifica Transporte insuficiente (previo Transporte inadecuado)
- ∞ Se añade Antecedentes de abuso y Antecedentes de traumatismo para población de riesgo Lactante/Niño
- ∞ Se añade Cambios en el patrón de sueño
- ∞ Se añade Incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias

En el contexto temporal en el que se realizó el estudio del diagnóstico se profundizó e investigó sobre los modelos diagnósticos pertenecientes a las taxonomías 2015-2017 y 2018-2020 mostrados a continuación en la Tabla 25.

Tabla 25. Modelos diagnósticos taxonomías 2015-2017 y 2018-2020

Taxonomía 2015-2017	Taxonomía 2018-2020
<p>Dominio 7. Rol/relaciones Clase 1. Roles de cuidador Definición: Vulnerabilidad del cuidador principal a la incapacidad para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer su bienestar.</p>	<p>Dominio 7. Rol/Relaciones Clase 1. Roles de cuidador. Concepto: Crianza Definición: Vulnerable a la incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer el bienestar del niño.</p>
<p>Factores de riesgo (64 FR)</p>	<p>Factores de riesgo (67 FR)</p>
<p><u>Conocimientos</u></p>	<p><u>Lactante o niño</u></p>
<p>11. Alteración de la función cognitiva 12. Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño 13. Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño 14. Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales 15. Expectativas poco realistas 16. Habilidades comunicativas ineficaces 17. Nivel educativo bajo 18. Preferencia por los castigos físicos 19. Preparación cognitiva para la paternidad insuficiente 20. Respuesta insuficiente a las señales del niño</p>	<p>3. Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas parentales 4. Separación prolongada de los padres</p>
<p><u>Fisiológicos</u></p>	<p><u>Parental</u></p>
<p>2. Enfermedad física</p>	<p>33. Acceso a recursos insuficiente 34. Aislamiento social 35. Apoyo social insuficiente 36. Baja autoestima 37. NUEVO Cambios en el patrón de sueño 38. Cohesión familiar insuficiente 39. Conflicto entre la pareja 40. Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño 41. Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño 42. Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales 43. Cuidado prenatal insuficiente 44. Cuidados prenatales del último periodo de embarazo 45. Depresión 46. Deprivación del sueño 47. Disposición para los cuidados del niño inadecuada 48. Estrategias de afrontamiento ineficaces 49. Estrés 50. Expectativas no realistas 51. Falta de implicación de la madre 52. Falta de implicación del padre 53. Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro 54. Habilidades de comunicación ineficaces 55. Habilidades de resolución de problemas insuficientes 56. Incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias 57. Modelo del rol parental insuficiente 58. Patrón de sueño no reparador 59. Preferencia por los castigos físicos 60. Recursos insuficientes 61. Respuesta insuficiente a las señales del niño 62. Tensión en el desempeño del rol 63. Transporte insuficiente 64. Valoración insuficiente de la paternidad</p>
<p><u>Lactante o niño</u></p>	<p>Población de riesgo</p>
<p>11. Afección discapacitante 12. Alteración de las habilidades perceptuales 13. Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas parentales 14. Enfermedad 15. Prematuridad 16. Retraso en el desarrollo 17. Separación prolongada de los padres 18. Sexo distinto al deseado 19. Temperamento difícil 20. Trastorno conductual (p.ej. déficit de atención, oposición desafiante)</p>	<p>7. NUEVO Antecedentes de abusos 8. NUEVO Antecedentes de traumatismo</p>
<p><u>Psicológicos</u></p>	<p><u>Lactante o niño</u></p>
<p>11. Afección discapacitante 12. Antecedentes de abuso de sustancias 13. Antecedentes de enfermedad mental 14. Depresión 15. Deprivación del sueño 16. Dificultad para el proceso de parto 17. Embarazos muy seguidos 18. Juventud de los padres 19. Número de embarazos elevado 20. Patrón de sueño no reparador (p. ej., a causa de las responsabilidades del cuidador, prácticas parentales, molestias debidas a la persona que duerme con el cuidador)</p>	<p>7. NUEVO Antecedentes de abusos 8. NUEVO Antecedentes de traumatismo</p>
<p><u>Sociales</u></p>	<p><u>Lactante o niño</u></p>
<p>33. Acceso insuficiente a recursos 34. Aislamiento social 35. Antecedentes de abuso (p. ej., físico, psicológico, sexual)</p>	<p>7. NUEVO Antecedentes de abusos 8. NUEVO Antecedentes de traumatismo</p>

36. Antecedentes de haber cometido abusos	9. Género diferente del deseado
37. Apoyo social insuficiente	10. Prematuridad
38. Autoestima baja	11. Retraso en el desarrollo
39. Cambio en la unidad familiar	12. Temperamento difícil
40. Cohesión familiar insuficiente	<u>Parental</u>
41. Conflicto entre la pareja	21. Alto número de embarazos
42. Cuidado prenatal insuficiente	22. Antecedentes de abusos
43. Cuidados prenatales del último periodo del embarazo	23. Antecedentes de enfermedad mental
44. Desempleo	24. Antecedentes de haber realizado abusos
45. Dificultades laborales	25. Antecedentes de mal uso de sustancias
46. Dificultades legales	26. Cambios en la unidad familiar
47. Disposición inadecuada para el cuidado del niño	27. Desempleo
48. Económicamente desfavorecidos	28. Dificultades en el trabajo
49. Embarazo no deseado	29. Dificultades legales
50. Embarazo no planificado	30. Embarazo no deseado
51. Estrategias de afrontamiento ineficaces	31. Embarazo no planificado
52. Factores estresantes	32. Embarazos muy seguidos
53. Falta de implicación de la madre	33. En desventaja económica
54. Falta de implicación del padre	34. Familia monoparental
55. Familia monoparental	35. Juventud de los padres
56. Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro	36. Nivel educativo bajo
57. Habilidades de resolución de problemas insuficientes	37. Partos múltiples
58. Modelo de rol parental inadecuado	38. Preparación cognitiva insuficiente para la paternidad
59. Recursos insuficientes (p. ej., económicos, sociales, conocimientos).	39. Procesos de parto difíciles
60. Separación de los padres y el niño	40. Traslados
61. Tensión en el desempeño del rol	Problemas asociados
62. Transporte inadecuado	<u>Lactante o niño</u>
63. Traslado	5. Alteración de las capacidades perceptuales
64. Valoración insuficiente de la paternidad	6. Enfermedad crónica
	7. Problema discapacitante
	8. Trastorno conductual
	<u>Parental</u>
	4. Alteración del funcionamiento cognitivo
	5. Enfermedad física
	6. Problema discapacitante

Relacionando el modelo de Orem con el diagnóstico a estudio, los *factores condicionantes básicos* encuentran estrecha sintonía con los *factores de riesgo*, la *población de riesgo* y los *problemas asociados* al diagnóstico pudiendo ser categorizados tal y como se expresa en la Tabla 26.

En relación a ello, se destaca que existe prácticamente representatividad total de *factores de riesgo* que pueden integrarse en las distintas categorías de los FCB, incorporando la perspectiva de género a tenor de los factores *Falta de implicación de la madre* y *Falta de implicación del padre*.

Respecto a la capacidad de acción, el conocimiento y la voluntad, claves para desarrollar cualquier acción de autocuidado o de cuidado de otros, el modelo diagnóstico incluye varios factores de riesgo, población de riesgo y problema de salud expresamente vinculados con estos elementos y que se presentan a continuación en la Figura 24.

Capacidad	Conocimiento	Voluntad
<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de afrontamiento ineficaces • Habilidades de comunicación ineficaces • Habilidades de resolución de problemas insuficientes • Incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias • Respuesta insuficiente a las señales del niño • Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño • Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño • Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales • Preparación cognitiva insuficiente para la paternidad • Alteración del funcionamiento cognitivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Disposición para los cuidados del niño inadecuada • Falta de implicación de la madre • Falta de implicación del padre

Figura 24. Factores de riesgo relacionados con la capacidad, el conocimiento y voluntad.

Fuente: elaboración propia.

Siguiendo con el análisis del diagnóstico desde el Modelo de Orem, el diagnóstico adquiere significado, tanto en las figuras parentales como en sus hijos/as a cargo, con los *Requisitos de Autocuidado del Desarrollo* orientados a *promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.*

Tabla 26. Análisis de los factores de riesgo del diagnóstico desde el modelo de Orem.

Análisis de los factores de riesgo del diagnóstico desde el modelo de Orem				
			2015-2017	2018-2020
FCB Descriptivos de la persona	Edad	Juventud de los padres	FR Psicológicos	Población Parental
	Sexo	Falta de implicación de la madre Falta de implicación del padre	FR Psicológicos FR Psicológicos	FR Parental FR Parental
	Residencia y caract.	No presenta		
	Sistema familiar	Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas parentales Separación prolongada de los padres Cohesión familiar insuficiente Conflicto entre la pareja Recursos insuficientes Transporte insuficiente Temperamento difícil Alto número de embarazos Cambios en la unidad familiar Embarazo no deseado Embarazo no planificado Embarazos muy seguidos Familia monoparental Partos múltiples	FR Lactante/niño FR Lactante/niño FR Sociales FR Sociales FR Sociales FR Sociales FR Lactante/niño FR Psicológicos FR Sociales FR Sociales FR Sociales FR Psicológicos FR Sociales FR Lactante/Niño	FR Lactante/niño FR Lactante/niño FR Parental FR Parental FR Parental FR Parental Población Niño Población Parental Población Parental Población Parental Población Parental Población Parental Población Parental Población Parental
	Socioculturales	Expectativas no realistas Modelo del rol parental insuficiente Preferencia por los castigos físicos Valoración insuficiente de la paternidad Género diferente al deseado Nivel educativo bajo Traslados	FR Conocimientos FR Sociales FR Conocimientos FR Sociales FR Lactante/Niño FR Conocimientos FR Sociales	FR Parental FR Parental FR Parental FR Parental FR Lactante/niño Población Parental Población Parental
	Socioeconómicos	Acceso a recursos insuficiente En desventaja económica	FR Sociales FR Sociales	FR Parental Población Parental
	Medidas autocuidado	No presenta		
FCB Patrón de vida	Ocupaciones	Desempleo Dificultades en el trabajo	FR Sociales FR Sociales	Población Parental Población Parental
	Responsabilidades	Estresores Dificultades legales	FR Sociales FR Sociales	FR Parental Población Parental

	Relaciones	Aislamiento social Apoyo social insuficiente	FR Sociales	FR Parental
FCB Estado de salud y factores del sistema sanitario	Problemas de salud (incluye diagnóstico médico)	Baja autoestima	FR Sociales	FR Parental
		Cambios en el patrón de sueño	NA	FR Parental
		Deprivación del sueño	FR Psicológicos	FR Parental
		Patrón de sueño no reparador	FR Psicológicos	FR Parental
		Tensión en el desempeño del rol	FR Sociales	FR Parental
		Antecedentes de abusos	NA	Población Niño
		Antecedentes de traumatismo	NA	Población Niño
		Prematuridad	FR Lactante/Niño	Población Niño
		Retraso en el desarrollo	FR Lactante/Niño	Población Niño
		Antecedentes de abusos	FR Sociales	Población Parental
		Antecedentes de enfermedad mental	FR Psicológicos	Población Parental
		Antecedentes de haber realizado abusos	FR Sociales	Población Parental
		Antecedentes de mal uso de sustancias	FR Psicológicos	Población Parental
		Procesos de parto difíciles	FR Psicológicos	Población Parental
		Alteración de las capacidades perceptuales	FR Lactante/Niño	Problema Niño
		Enfermedad crónica	FR Lactante/Niño	Problema Niño
		Problema discapacitante	FR Lactante/Niño	Problema Niño
		Depresión	FR Psicológicos	FR Parental
		Trastorno conductual	FR Lactante/Niño	Problema Niño
		Enfermedad física	FR Fisiológicos	Problema Parental
		Problema discapacitante	FR Psicológicos	Problema Parental
	Descripción	No aplica		
	Valoración estado de salud	No aplica		
FCB Estado de desarrollo	Capacidad para autocuidado	Cuidado prenatal insuficiente	FR Sociales	FR Parental
		Cuidados prenatales del último periodo de embarazo	FR Sociales	FR Parental
	Potencial de desarrollo	No presenta		

En la búsqueda bibliográfica se localizaron dos publicaciones de especial interés dentro del contexto español en las que se realiza un análisis descriptivo de los diferentes diagnósticos publicados en la taxonomía NANDA-I y, por tanto, del diagnóstico a estudio.

Por un lado, en 1995 (albores de la incorporación de la taxonomía en España), Ugalde y Rigol de la Universidad de Barcelona, presentaron el diagnóstico, en su denominación del momento *Alto riesgo de alteración parental*. Aportaron, además, el valor de contenido especificando que la etiqueta podía ser considerada *bastante comprensible*, la definición *muy comprensible*, los factores relacionados *bastante comprensibles*, el rendimiento clínico se entendía *muy útil* y la principal área de utilización el marco de los cuidados en la atención a la infancia (163).

Rodrigo en la novena edición de *Los Diagnósticos Enfermeros* publicada en 2013, relaciona la etiqueta diagnóstica con otras vinculadas con la parentalidad tales como (191):

- ∞ Conflicto del rol parental
- ∞ Desempeño ineficaz del rol
- ∞ Deterioro parental
- ∞ Interrupción de los procesos familiares
- ∞ Proceso de maternidad ineficaz
- ∞ Riesgo de deterioro de la vinculación
- ∞ Riesgo de proceso de maternidad ineficaz

Explica que a partir de la definición del diagnóstico se nombra una situación de salud, fenómeno susceptible de cuidados enfermeros, en la que *el cuidador principal corre el riesgo de no poder crear, mantener o recuperar un entorno que favorezca el máximo crecimiento y desarrollo posible del niño* (191).

Clarifica que ha de entenderse como figura parental *aquella persona/s que asume/n la responsabilidad del cuidado del niño, sin que sea necesario que exista necesariamente relación de consanguinidad entre ambos* (191).

Rodrigo, siguiendo con las aportaciones de la NANDA-I, recuerda que la adaptación al rol parental ha de ser considerada un proceso de maduración natural, que requiere la intervención enfermera para la promoción de la salud y la prevención de problemas potenciales (191).

Recomienda el uso de la etiqueta ante posibles conductas inapropiadas del cuidador que pueden ser modificadas. Desaconseja su uso si se dan factores fisiopatológicos, sociales o económicos sobre los que no pueda incidir la enfermera (191).

Concluye expresando que los factores o situaciones de riesgo más o menos frecuentes, tomando como referencia la taxonomía 2012-2014, son los clasificados en la Tabla 27.

Tabla 27. Clasificación factores de riesgo según frecuencia de aparición (Luis, 2012).

Clasificación factores de riesgo según frecuencia (Luis, 2012)	
+ frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> Aislamiento Falta de redes de apoyo social Familia no cohesionada Disposición para el cuidado del niño inapropiadas Sobrecarga o tensiones en el desempeño del rol Disminución de la satisfacción o desvalorización maternidad/paternidad Estrés excesivo Falta de modelo de rol parental o inadecuación del existente Estrategias de afrontamiento desadaptadas Falta de habilidades para la solución de problemas Incapacidad para priorizar las necesidades del niño por delante de las propias Baja autoestima Falta de conocimientos y habilidades necesarios para el mantenimiento de la salud o el desarrollo del niño Falta de habilidades de comunicación Incapacidad para reconocer y actuar ante las claves del niño Preferencia por los castigos físicos
- frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> Pobreza Falta de acceso a los recursos Falta de transporte Desempleo Problemas laborales Embarazo inesperado o no deseado Falta de implicación del padre del niño Familia monoparental Conflicto marital Antecedentes de haber cometido o haber sufrido malos tratos

Traslados Problemas legales Falta de disponibilidad cognitiva para la paternidad o maternidad Enfermedad física Parto prematuro Enfermedad, discapacidad o retraso en el desarrollo Separación prolongada de los padres, especialmente al nacimiento Sexo distinto al deseado Niño hiperactivo, con temperamento difícil o que no se corresponde con las expectativas de los padres Niño no buscado o no deseado Nacimiento múltiple Alteración de las habilidades perceptuales Antecedentes de malos tratos o de drogodependencia Incapacidad Depresión Preparto o parto difícil Juventud, especialmente adolescencia Antecedentes de enfermedad mental Múltiples embarazos o embarazos muy seguidos Deprivación o alteración del sueño Falta de cuidados prenatales o cuidados prenatales tardíos Separación del lactante o niño

Habiendo revisado este tratado, se procedió a comprobar la interrelación de la etiqueta diagnóstica NANDA con las taxonomías NOC y NIC complementarias en el proceso enfermero, evidenciándose el completo desarrollo teórico que posibilita desde la enunciación del problema potencial de salud, los criterios de resultados para orientar la práctica profesional y las intervenciones con sus correspondientes actividades detalladas. De esta revisión se obtuvieron los resultados reflejados en la Tabla 28

Tabla 28. Interrelaciones Riesgo de deterioro parental con taxonomías NOC y NIC.

Interrelaciones Riesgo de deterioro parental con taxonomías NOC y NIC (18,19)	
NOC	2211 Desempeño del rol de padres 1901 Desempeño del rol de padres: seguridad psicosocial 1500 Lazos afectivos padres-hijos 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia 1302 Afrontamiento de problemas 1401 Autocontrol de la agresión 1400 Autocontrol de la conducta abusiva 1409 Autocontrol de la depresión 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado 1205 Autoestima 2508 Bienestar del cuidador principal 2601 Clima social de la familia 0900 Cognición 1910 Ambiente seguro del hogar 1826 Conocimiento: cuidado de los hijos 1819 Conocimiento: cuidados del lactante 1840 Conocimiento: cuidados del recién nacido pretérmino 1806 Conocimiento: recursos sanitarios 1902 Control del riesgo 2610 Control del riesgo familiar: obesidad 1903 Control del riesgo: consumo de alcohol 1904 Control del riesgo: consumo de drogas 1906 Control del riesgo: consumo de tabaco 1703 Creencias sobre a salud: percepción de recursos 0120 Desarrollo infantil: 1 mes 0103 Desarrollo infantil: 12 meses 0104 Desarrollo infantil: 2 años 0100 Desarrollo infantil: 2 meses 0105 Desarrollo infantil: 3 años 0106 Desarrollo infantil: 4 años 0101 Desarrollo infantil: 4 meses 0107 Desarrollo infantil: 5 años
NIC	6402 Apoyo en la protección contra abusos: niños 7100 Estimulación de la integridad familiar 6710 Fomentar el apego 8300 Fomentar el rol parental 7200 Fomentar la normalización familiar 7040 Apoyo al cuidador principal 7280 Apoyo de hermanos 5250 Apoyo en la toma de decisiones 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5330 Control del estado de ánimo 6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo 5624 Enseñanza: sexualidad 5520 Facilitar el aprendizaje 8272 Fomentar el desarrollo: adolescentes 8274 Fomentar el desarrollo: niños 8340 Fomentar la resiliencia 6610 Identificación de riesgos 5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria 5230 Mejorar el afrontamiento 5210 Orientación anticipatoria 6784 Planificación familiar: anticoncepción 6788 Planificación familiar: embarazo no deseado 5400 Potenciación de la autoestima 5540 Potenciación de la disposición del aprendizaje 5370 Potenciación de roles 4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas 4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas 4420 Acuerdo con el paciente 7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar 7380 Asistencia para los recursos financieros 4640 Ayuda para el control del enfado 7260 Cuidados por relevo

<p>0102 Desarrollo infantil: 6 meses 0109 Desarrollo infantil: adolescencia 0108 Desarrollo infantil: segunda infancia 1501 Desempeño del rol 2903 Desempeño del rol de padres: adolescente 2904 Desempeño del rol de padres: lactante 2907 Desempeño del rol de padres: niño pequeño 2906 Desempeño del rol de padres: preescolar 2905 Desempeño del rol de padres: segunda infancia 1908 Detección del riesgo 0907 Elaboración de la información 1204 Equilibrio emocional 2606 Estado de salud de la familia 2006 Estado de salud personal 2208 Factores estresantes del cuidador familiar 1502 Habilidades de interacción social 1208 Nivel de depresión 1212 Nivel de estrés 0007 Nivel de fatiga 0915 Nivel de hiperactividad 2604 Normalización de la familia 1705 Orientación sobre la salud 1017 Realización de la alimentación con biberón 1019 Realización de la alimentación taza 2608 Resiliencia familiar 1309 Resiliencia personal 2210 Resistencia del papel del cuidador 2506 Salud emocional del cuidador principal 2507 Salud física del cuidador principal 2108 Severidad de la retirada de sustancias 1504 Soporte social 0004 Sueño 0906 Toma de decisiones</p>		<p>6930 Cuidados posparto 6960 Cuidados prenatales 5820 Disminución de la ansiedad 5510 Educación para la salud 5562 Educación parental: adolescentes 5566 Educación parental: crianza familiar de los niños 5568 Educación parental: lactante 7104 Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) 7110 Fomentar la implicación familiar 5430 Grupo de apoyo 4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención 0180 Manejo de la energía 7130 Mantenimiento de los procesos familiares 1850 Mejorar el sueño 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales 6760 Preparación al parto 7150 Terapia familiar 6650 Vigilancia</p>
---	--	---

No se localizaron otras publicaciones que profundizaran específicamente en el diagnóstico, por tanto, se completó la validación conceptual a partir del estudio del foco del diagnóstico, el concepto parental, tomando como referencia de estudio el fenómeno de la parentalidad y no obteniendo una respuesta precisa a la pregunta de investigación formulada.

Los resultados obtenidos han de considerarse desde el enfoque del riesgo, desde la vulnerabilidad de experimentar deterioro parental y, por tanto, la importancia de promover la parentalidad positiva desde la disciplina enfermera y prevenir la aparición de problemas asociados.

Tal y como se ha señalado con anterioridad, se presentará la síntesis de los resultados basados en la evidencia definiendo el concepto y sus usos, los atributos asociados, los antecedentes y las consecuencias.

De este modo, en la definición del concepto se describen las diferentes aproximaciones teóricas realizadas al respecto, contemplando las implicaciones sociológicas y culturales y los usos del concepto desde la disciplina enfermera y el ejercicio profesional.

En cuanto a los atributos se depurará el constructo de figuras parentales, la influencia del género, el proceso de transición a la parentalidad y las competencias parentales.

En lo que respecta a los antecedentes, entendidos como determinantes de la parentalidad, se sintetizará la evidencia relativa a la parentalidad adolescente, la vivencia asociada al nacimiento del primer hijo o nacimiento múltiple, la influencia de la prematuridad, del periodo postparto, del sistema familiar, del apoyo social y la experiencia de estrés parental.

Finalmente, se sintetizarán las consecuencias de la parentalidad en términos de salud y desarrollo, estilos parentales y eficacia parental percibida, funcionamiento familiar, promoción de la parentalidad y servicios enfermeros para concluir con las implicaciones para la formación y la investigación enfermera.

Aproximación al concepto de Parentalidad desde la perspectiva enfermera

La parentalidad se entiende como un proceso madurativo, especialmente complejo, que implica una reestructuración psicoafectiva por parte de los padres o adultos de referencia en la adquisición del rol parental, con el propósito de desempeñar como cuidadores responsabilidades orientadas a promover la supervivencia, crecimiento y el desarrollo completo de los y las menores y su incorporación a la familia en el marco de un entorno seguro (46,117,192–195).

Se constituye como una relación de ayuda mutua entre las figuras parentales y los niños/as en la que se apoyan recíprocamente (195). En el primer caso se refuerza el rol y la eficacia parental y, en el segundo, se posibilita la socialización y el aprendizaje para un funcionamiento progresivamente más autónomo a lo largo de la vida (192,195).

La responsabilidad parental se traduce en preparar a otro ser humano para los cambios de desarrollo, físicos, psicosociales y económicos; por tanto, es un fenómeno especialmente importante que ha evolucionado a lo largo de los años y la cultura, trascendiendo de un modelo patriarcal a otro multifacético de una sociedad posmoderna con diversos arquetipos familiares (114,196).

La parentalidad representa una vivencia particular y dinámica para las diferentes figuras parentales, internalizando las expectativas personales, familiares, de amigos y la sociedad, a tenor de lo que se consideran comportamientos apropiados o inapropiados (192,197).

El concepto de Parentalidad Positiva tiene una acepción en la que se incide en la asunción de responsabilidades y competencias parentales constructivas que fomenten comportamiento deseados y den respuesta a las necesidades de los niños tanto físicas, como de seguridad y de desarrollo y estimulación con fijación de límites, relación positiva y optimización del potencial de desarrollo (131,198). La Parentalidad Positiva representa una estrategia ampliamente recomendada para la promoción del desarrollo y la prevención de malos tratos (198).

Usos del concepto en el ámbito disciplinar y ejercicio profesional

Se destaca el relevante rol que han de desempeñar los profesionales de la salud en la atención a las figuras parentales, puesto que en su papel de cuidadores requieren apoyo y ayuda para poder cumplir con esta función (199). De entre todos, las enfermeras tienen un papel destacado por su posición privilegiada en la atención directa en los distintos niveles asistenciales incluidos los domicilios familiares (114,193,200).

Son las enfermeras las profesionales que más intervienen junto a las mujeres (197), fundamentalmente en los cursos durante el embarazo, ocupándose de las respuestas humanas en las transiciones vitales, periodos de gran vulnerabilidad y riesgo para la salud (131). Más allá de estos grupos terapéuticos, las figuras parentales necesitan intervenciones de manera continuada y durante más tiempo que ayuden a promover la parentalidad (131).

Las enfermeras son conscientes de la necesidad de ampliar la atención al contexto familiar, ofreciendo cuidados a los niños y a la familia al completo (201) y desarrollando estrategias para promover el bienestar familiar (202).

En este sentido, las enfermeras apuestan por la implementación de un paradigma de atención centrado en el cuidado familiar (*family centred care*), fundamentado en enfatizar la colaboración entre padres y profesionales de la salud para que las figuras parentales desarrollen el rol (203).

Las enfermeras reconocen especialmente necesario identificar las necesidades de los progenitores y otras figuras parentales para promocionar la transición a la parentalidad (46), fundamentalmente en situaciones específicas tales como enfermedades crónicas (204), neonatos (196), durante el periodo postparto (205), niños con leucemia (200), niños con discapacidad visual (206), hospitalizados en unidades de cuidados intensivos (207) o con otras necesidades especiales de salud (208). Las enfermeras destacan también como necesario permitir la participación de la familia en la toma de decisiones clínicas, promover el ejercicio de la parentalidad autónoma, así como la prevención de problemas e intervención temprana (209,210).

Las enfermeras se encuentran en disposición de apoyo a las familias en aquellas situaciones en las que la relación entre padres e hijos se encuentre en riesgo (211).

Principales atributos del fenómeno de la Parentalidad

Padres y figuras parentales

En el marco de la parentalidad, la conceptualización e interpretación del término *padres y figuras parentales* es especialmente necesaria, puesto que puede generar confusión. La evidencia consultada coincide en destacar que el concepto figuras parentales incluye a padres biológicos, adoptivos y otros cuidadores principales como por ejemplo abuelos (212). Representan el ambiente más cercano y determinante para la población infanto-juvenil (196), desempeñando uno de los roles de provisión de cuidados más complejos en el marco del sistema familiar, esencial para la supervivencia, seguridad, crecimiento y desarrollo de la familia (117).

El parentesco se entiende como un proceso complejo, no exclusivo del lazo biológico a partir del que se ofrece cuidado y un ambiente de seguridad para favorecer el crecimiento y el desarrollo (213). Se inicia incluso antes de que los menores hayan nacido (214), como un proceso cognitivo y social, de aprendizaje, más que intuitivo (117). Incluso en condiciones ideales la experiencia de la parentalidad incluye emociones intensas y ambivalencia respecto a la asunción del rol (215).

Diversas son las posibilidades en las que se puede ejercer la parentalidad, de manera individual por un progenitor/a o responsable legal del cuidado (monoparentalidad) o compartida por varias figuras parentales (coparentalidad). En relación a la monoparentalidad destacar que las mujeres que ejercen la misma en solitario presentan mayor estrés parental (216). Además, en la literatura enfermera se reflexiona en torno a la homoparentalidad tanto en parejas de hombres como de mujeres (118,124).

Género

Diferentes estudios muestran que mujeres y hombres se involucran en la familia a tenor de las referencias de género (117). Madres y padres interactúan de diferente forma con sus hijos (114).

La función materna ha sido tradicionalmente hipervalorada en detrimento de la figura paterna (217), y se ha asumido el papel de la madre como de cuidadora principal (114).

La parentalidad se asocia por lo general a más cambios en la vida de las mujeres que de los hombres (114). En algunos estudios se evidencia que las madres verbalizan más sobrecarga con las nuevas responsabilidades y funciones relativas a la parentalidad (218). Se encuentran resultados de investigación en los que se destaca que las madres expresan cansancio y labilidad emocional mientras que los padres entienden su papel como accesorio (46). En situación de nacimiento prematuro, las madres relatan aislamiento y falta de apoyo por parte de sus parejas y los padres alto nivel de estrés (219).

Los cambios sociales determinan la aparición de nuevos modelos familiares y generan transformaciones en las relaciones de género y en los modos de ser familia (124). En algunas familias persiste la tradicional división de papeles, en otras se dividen tareas domésticas y educativas, incluso la mujer es la principal proveedora de sustento económico familiar (218). Los padres, progenitores o figuras parentales negocian sus roles familiares y sus funciones coparentales (218). Existe una reflexión sobre el rol paterno y el ejercicio de las nuevas paternidades, con mayor implicación en lo cotidiano familiar y en los cuidados de los hijos/as (124).

Desde las aportaciones enfermeras, la participación de los padres ha de ser reforzada desde los primeros momentos de la vida (46), y en algunos casos son los primeros en acompañar al niño como en las Unidades de Cuidados Intensivos (220). Se orienta hacia incluir a los padres para humanizar la atención (220), hacerla equitativa con vistas a una igualdad de género (124).

Transición a la parentalidad

Meleis afirmaba que las transiciones en la vida y el afrontamiento de las mismas por parte de las personas son uno de los principales focos de atención enfermera (46,221)

Las transiciones se suceden en diferentes momentos del ciclo familiar, siendo la parentalidad considerada una transición de desarrollo (192,221) que genera uno de los mayores desafíos que afronta una familia y las personas que los constituyen (114).

La transición a la parentalidad se entiende como una etapa de cambio, de paso de un estado a otro (114), condicionado por el nacimiento o la incorporación de un nuevo miembro a la familia. El embarazo, el parto, el nacimiento de un hijo es considerado uno de los acontecimientos más importantes en la vida de los padres, de las parejas y las familias (46,114,217).

Representa más que un proceso biológico un cambio de identidad, de transición del estatus de mujer y de hombre hacia el de madre y padre, que se inicia antes incluso del embarazo (36,217). En este sentido, se reconoce que embarazos planificados pueden ayudar a la transición a la parentalidad (121).

La transición a la parentalidad implica transformaciones profundas en la relación conyugal, en la relación parento-filial y en el desarrollo de los menores a cargo (217); conlleva la aceptación del bebé como persona independiente, la aparición de miedos y ansiedades (121), cambios individuales, de pareja y como padres tanto en el autoconcepto, las ocupaciones y las relaciones interpersonales (210,222).

En el caso de compartir el rol parental (coparentalidad), conseguir implicación y acuerdo de ambas figuras parentales, reconocer la competencia y respetar al otro como padre o madre, reporta mejores resultados en la crianza y el comportamiento de los hijos (196,218).

Algunos estudios ponen de manifiesto que la parentalidad es vivida de manera distinta por hombres y mujeres (69). Representa un fenómeno estresante a la vez que emocionante para los padres (207), reconociéndose a las enfermeras como un recurso importante para facilitar la transición a la parentalidad (46).

Competencias y educación parental

La parentalidad no es una competencia innata, no se nace padres, se aprende a serlo (217). Madres y padres necesitan y aprenden a desarrollar comportamientos y habilidades para dar respuesta a los requerimientos inherentes al cuidado de los hijos, a la nueva rutina de pareja y al afrontamiento de tensiones y dificultades que puede sobrevenir (152).

Esta condición se reconoce bajo el concepto de competencias parentales, las que han sido definidas como los conocimientos, habilidades y actitudes que facilitan y optimizan el desarrollo del rol parental con la suficiente eficacia como para asegurar el máximo potencial de los niños en el crecimiento y desarrollo (117).

Las competencias parentales determinan la interpretación que cada cuidador hace de su propio rol y del comportamiento de sus hijos. Un mayor nivel de conocimientos y habilidades influye en las condiciones de la crianza y posibilita un entorno saludable adaptado a las necesidades de los niños (117).

En la literatura se destaca la importancia de integrar un funcionamiento parental reflexivo (*Parental Reflective Functioning*), concepto que deriva de la teoría psicológica de la Mentalización de Fonagy (2002), a partir del cual las figuras parentales toman una mayor conciencia de sus estados mentales y de los de los otros, aspecto que favorece la disposición a entender a los demás y ser más receptivos a sus necesidades. Se reconoce su aplicación a la práctica clínica y la investigación enfermera (223).

La educación parental, entendida como un proceso que comporta la expansión de la capacidad de *insight*, comprensión, actitudes y adquisición de conocimientos y habilidades sobre el desarrollo de los padres, de sus hijos y de las relaciones entre ambos (224), posibilita el desarrollo de competencias parentales y el afrontamiento del estrés asociado al desempeño del rol (224).

Antecedentes o determinantes de la Parentalidad

Para la clasificación de los antecedentes, entendidos estos como los determinantes de la parentalidad, se siguió el Modelo de Belsky de Determinantes de la Parentalidad el que explica tres dominios (216):

- ∞ Contribuciones de las figuras parentales
- ∞ Contribuciones del niño
- ∞ Contexto social

Contribuciones parentales

Entre las contribuciones parentales, entendidas como aquellos factores inherentes a las personas cuidadoras, se incluyó: parentalidad en la adolescencia, estado de salud, estilo parental/eficacia parental percibida y estrés parental.

Parentalidad en la adolescencia

La parentalidad en la etapa de la adolescencia es considerada como un fenómeno complejo que comporta un cambio en el marco de una crisis de desarrollo en la que se existe una doble tarea: convertirse en adultos y educar a los hijos (225,226).

La evidencia pone de manifiesto que puede tener efectos negativos en los y las adolescentes y sus hijos en forma de riesgos de salud por posibles complicaciones maternas y fetales, cambios abruptos y desorganización la vida de la persona (trabajar en vez de estudiar, aislamiento amigos, aumento de responsabilidades más precoces (225–227). Por otro lado, algunos autores reconocen la parentalidad en la adolescencia de manera positiva ofreciendo estabilidad, autonomía, valoración de la propia competencia para el cuidado de los hijos (227).

Existen múltiples vivencias de la parentalidad en la adolescencia que dependen del contexto social, del apoyo familiar, de la situación socioeconómica (227), pudiendo no diferir en exceso de la vivencia en la vida adulta (225).

En la vivencia de la parentalidad adolescente se reconocen como factores protectores el apoyo familiar, psicológico y social (227), entre los que se destaca la contribución enfermera para el desarrollo de la parentalidad (225).

Nacimiento del primer hijo

En la literatura consultada se realizan diferentes referencias que acentúan el impacto que puede tener el nacimiento del primer hijo en la vida de los progenitores, en parte relacionado con el cambio a una nueva fase del ciclo de vida que implica una reestructuración importante del sistema familiar (46,152,193).

La vivencia de ansiedad y estrés, tanto por parte de madres como de padres, puede verse incrementada (201,228). No obstante, otros estudios informan que no existen diferencias significativas, fundamentalmente cuando hay otros niños de los que cuidar (229).

Estado de salud

El estado de salud de las figuras parentales puede verse afectado por diferentes circunstancias, estilos de vida, problemas de salud y/o enfermedades. Se reconoce que la presencia de enfermedades y conductas de riesgo en los padres puede tener un impacto significativo en los hijos y en el funcionamiento familiar (230,231).

Entre ellas destaca la importancia de las enfermedades mentales (44,210,232,233), especialmente la depresión (234), el dolor crónico (230), el consumo activo de sustancias (235), el cáncer (236,237). La enfermedad mental en las figuras parentales representa uno de los factores de riesgo más influyentes para el desarrollo de psicopatología temprana en menores (238).

Otras condiciones como el embarazo y todo el periparto se valoran como momentos especialmente significativos, en los que tanto la vida de la mujer, como el sistema familiar, se ven alterados (239).

El postparto, comprendido entre las 6-8 semanas después del nacimiento hasta la involución de la placenta y el retorno de la mujer al estado previo al embarazo previo (239), es un tiempo en el que se producen múltiples cambios físicos y adaptaciones psicológicas, cambios en roles y relaciones familiares (239). La mujer experimenta un periodo de introspección y adaptación en el que se encuentra necesitada de protección y apoyo (46).

Para ambos padres es un momento de especial vulnerabilidad y estrés debido a las transformaciones y adaptaciones a las nuevas demandas parentales que generan fatiga física, labilidad emocional, la inexperiencia en el cuidado del niño, cambios en la rutina diaria, la consolidación de las relaciones familiares, en el que puede verse agravado por situaciones preexistentes y conducir a la disminución del propio autocuidado, conflictos de pareja, divorcios, problemas de salud mental e incluso depresión postparto, fundamentalmente en las madres (152,209,239).

Los padres consideran que reciben cuidados profesionales de inferior calidad en el postparto comparado con periodos previos (209), y las enfermeras son conocedoras de la importancia del cuidado de la mujer, la pareja y la familia en el periodo inicial de la parentalidad (46,205).

Estilos parentales, expectativas y eficacia parental percibida

Se han reconocido los estilos parentales como uno de los principales determinantes del desarrollo psicosocial de los niños/adolescentes (46). En la literatura consultada se hace referencia a los trabajos de Baumrind (1966) que identifica tres posibilidades: estilo autoritario, estilo permisivo y estilo autoritativo (139).

Además de estos, durante el desarrollo de la parentalidad pueden experimentarse conflictos de valores, necesidades, expectativas, dudas/inseguridades, dificultades que influyan en el bienestar, el cuidado de los menores y la percepción de autoeficacia (121,152,193,239).

La percepción de eficacia parental se basa en la teoría cognitiva de regulación del *self* propuesta por Bandura y se define como las creencias y los juicios que elaboran las figuras parentales sobre sus competencias parentales (202). Esta depende de las conductas y de los resultados en contraste con las expectativas en función de las tareas y del contexto (222). Según se explica, altos niveles de percepción de eficacia parental guardan correlación con menos ansiedad, depresión, estrés en los padres y menos problemas de comportamiento y desarrollo en los niños (240).

Estrés parental

En el proceso de la parentalidad es frecuente que surjan preocupaciones de diferente tipo a partir del nacimiento de los hijos y que se prolonguen a lo largo de la vida de los padres, con menor o mayor intensidad.

Las preocupaciones habituales en las figuras parentales son el cuidado del recién nacido, la recuperación funcional, la transición a la parentalidad, la relación conyugal, el apoyo sociofamiliar y de los profesionales de la salud (205).

Las preocupaciones pueden interpretarse tanto en el sentido positivo como negativo. Desde una perspectiva positiva las preocupaciones muestran el interés y la atención a los hijos. Estas preocupaciones se tornan negativas si trascienden por ser obsesivas e intensas, contrarrestando la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas e incluso desencadenar problemas depresivos que pueden interferir en la relación parento-filial (205).

Las figuras parentales pueden experimentar estrés parental en la transición a la parentalidad y a los cambios/demandas en el desempeño del rol (224,241,242). Puede estar condicionado por comportamientos disfuncionales de los padres o bien por características de los niños (216). Entre los diferentes factores pueden condicionar la aparición de estrés parental se encuentran el apoyo social, la personalidad, estresores cotidianos, el temperamento del niño, el peso y las alteraciones del sueño, el desempleo y los problemas laborales (141,216,243).

La evidencia muestra que el estrés parental influye en las relaciones con los niños (207). Según se pone de manifiesto, las madres que asumen la parentalidad en solitario experimentan mayor estrés, siendo consideradas un grupo vulnerable a estrés parental (207).

Contribuciones del niño

En relación con las **contribuciones del niño**, es decir las características intrínsecas a los menores que pueden influir en la parentalidad, se consideraron: prematuridad, nacimiento múltiple, estado de salud.

[Prematuridad y edad de los niños](#)

La prematuridad altera las expectativas de los padres respecto a la parentalidad, convirtiéndose en una experiencia equiparable a una pérdida o duelo la que afecta sustancialmente el desarrollo de las habilidades parentales (202,224,229). Los padres consideran al niño prematuro frágil, pequeño e inmaduro (220,229) y esto puede traducirse en experiencias de mayor estrés y ansiedad (229), incluso frustración (202), en comparación con niños nacidos a término (244,245).

Los cuidadores pueden percibir menor autoeficacia respecto a atender las necesidades de los recién nacidos (246).

Esta situación puede verse agravada si el menor requiere ingreso en unidades de cuidados intensivos neonatales, resultando esta experiencia complicada, dolorosa y triste (220), en la que predominan emociones contradictorias y sentimientos negativos (246). Múltiples factores determinan la aparición de estrés emocional (196,219,229) entre los que se encuentra la separación de los padres y la alteración de las dinámicas familiares (202,246).

El nacimiento de un hijo prematuro puede condicionar la aparición de una crisis familiar debida a cambios sustanciales en la rutina familiar, el estado de salud y las condiciones del recién nacido, el contacto con un entorno estresante, la limitación de la participación por parte de los padres en el cuidado de sus hijos y la interacción con múltiples profesionales de la salud (202).

En otro sentido, pero también relacionado con el desarrollo, la edad de los niños puede determinar la intensidad de los cuidados a realizar por parte de las figuras parentales. Cuidar de un recién nacido o de niños pequeños puede ser psicológicamente una vivencia extenuante (5).

Parentalidad múltiple / Parentalidad gemelar

Según se pone de manifiesto, la calidad de vida de las mujeres disminuye con el nacimiento de hijos múltiples (69). Se destaca la parentalidad gemelar como especialmente exigente, asociada a experiencias difíciles, mayor cansancio, disonancia en las expectativas respecto a lo esperado, presencia de mayor estrés y depresión (69).

Estado de salud

El estado de salud y las condiciones asociadas al mismo de la patría pueden representar un factor de riesgo para desarrollar deterioro del rol parental. Se ha demostrado que los padres con hijos que tienen condiciones de salud más complejas presentan mayor estrés parental (247). Entre estas circunstancias cabe destacar, por ejemplo, el diagnóstico de una enfermedad congénita (194), de especial gravedad o complejidad (248), crónica (249,250), discapacidad asociada (206,214), enfermedad oncológica (213,251),

enfermedad mental (241) incluyendo depresión (252) y autismo (253), hospitalización (207,248,254), fundamentalmente después del nacimiento (215) y experiencias adversas infantiles como abuso sexual y abuso psicológico (235).

De manera específica, y en relación con las condiciones en las que se produce una desviación de salud crónica, la evidencia demuestra que los procesos de crianza y parentalidad pueden ser más exigentes. A esta circunstancia se conoce como la denominación *parentalidad extraordinaria* o *parentalidad plus* (*extraordinary parenting-parenting plus*), constructo teórico descrito por Ray (2002), quien ponía de manifiesto la mayor dificultad en el proceso debida a la cronicidad (211).

Contexto social

Respecto al contexto social, o aquellas condiciones del entorno que repercuten en la parentalidad, se encontraron hallazgos respecto al sistema familiar y el apoyo social.

Sistema familiar

La transición a la parentalidad condiciona la reestructuración del sistema familiar en función de las necesidades de la reproducción y crianza de los hijos (198). Una de las dimensiones más confrontadas o desafiadas es el sistema conyugal, la relación con la pareja o el cónyuge (131). La planificación familiar respecto al nacimiento de los hijos puede ayudar en el proceso (121).

El concepto de familias vulnerables ha de contemplarse respecto al fenómeno de la parentalidad. Las familias vulnerables pueden presentar condiciones y circunstancias que interfieran en el desarrollo y la salud de sus miembros (193).

Entre ellas pueden encontrarse familias sin hogar, con escasos recursos socioeconómicos, familias adoptivas, aquellas en las que concurre violencia intrafamiliar y/o abusos, se afronte la pérdida perinatal, exista consumo de drogas (192,255–257).

En esta línea se ha reconocido también el término familia en desventaja, podría ser en cierto modo equivalente. Las familias tipificadas como en desventaja son familias en situación de pobreza, exclusión social y entorno marginal, familias migrantes y familias de madres y padres menores de edad (65).

Las condiciones y necesidades salud de los diferentes miembros de la familia, tal y como se ha desarrollado en apartados anteriores, determinará sustancialmente la parentalidad.

Apoyo social

En el marco de la parentalidad se ha demostrado que el apoyo social –entendido como los recursos provistos por otras personas tanto de la red formal como informal–, actúa como un factor protector, puesto que ayuda en los cuidados, aporta información y proporciona soporte emocional y físico a las figuras parentales (224,258). Según la evidencia encontrada, aquellas mujeres que cuentan con apoyo social presentan menos niveles de estrés en el ejercicio de la parentalidad (216).

El apoyo familiar es fundamental, aporta contención, de manera especial en la parentalidad adolescente (226,258). En este contexto, destaca la importancia de las familias nucleares, dentro de las cuales se ha de valorar la relación conyugal y la calidad de la misma, así como la disposición de familias extensas (36,121). La presencia del padre como fuente de apoyo se considera un factor protector (238).

Las figuras parentales requieren apoyo y ayuda de los profesionales de la salud, de manera determinante de las enfermeras (199).

Consecuencias: relevancia social y desarrollo disciplinar

Razonado críticamente el concepto de la parentalidad a partir de la literatura consultada, se consideró que el fenómeno de la parentalidad condicionaba la salud y el desarrollo tanto de niños/as y adolescentes como de figuras parentales en el contexto de la familia determinando la necesidad de promover la parentalidad en el marco social. Estos factores sociosanitarios implican, a su vez, factores disciplinares y de desarrollo de la Enfermería, como ciencia y como profesión, los que conllevan la gestión y el desarrollo de servicios enfermeros y la formación e investigación específica al respecto.

Salud y desarrollo

La incorporación de un miembro a la familia representa uno de los cambios más profundos del ciclo vital familiar (221). Se reconocen los primeros años de vida como determinantes para el crecimiento y desarrollo (221).

El desarrollo psicomotor se ve influido por variables familiares y sociodemográficas, baja escolaridad padres o cuidadores, hacinamiento vivienda (242). La monoparentalidad en contexto de pobreza afecta a la salud mental infantil (238).

El cuidado parental durante la infancia afecta a la salud y desarrollo de la infancia y la adolescencia (193). La interrelación padres-hijos influye en el óptimo desarrollo de los niños, siendo un factor protector ante la aparición de problemas psicosociales habiendo sido reconocido en diferentes culturas y en todos los niveles socioeconómicos (211,259).

Los estilos parentales tienen un efecto positivo o negativo en el desarrollo ulterior de los menores (195). Son cruciales para la salud y el desarrollo y determinan el estilo que el menor desarrolle más tarde como padre (260).

La eficacia parental además de correlacionar con mejores resultados de salud en menores también lo hace con la salud de las figuras parentales (240). El estrés parental se relaciona con resultados de salud adversos, tanto físicos como psicológicos, incluyendo ansiedad y depresión tanto en los hijos como en las figuras parentales (241).

La parentalidad positiva es fundamental para facilitar la autoestima, el aprendizaje y el desarrollo (131). Por otro lado, el deterioro parental puede afectar el desarrollo del niño, apareciendo frecuentemente abusos, aumento de enfermedades infecciosas, déficit de inmunización y alteraciones alimentarias pudiendo influir incluso en la tasa de mortalidad, fundamentalmente en el primer año de vida (22).

Se ha demostrado que la parentalidad negligente condiciona la aparición de consecuencias negativas en la vida adulta en diversidad de áreas (46). Tanto las prácticas punitivas severas como la ausencia de supervisión contribuyen a una crianza problemática (139). La sobreprotección parental puede disminuir la capacidad resolutive y la tolerancia a la frustración (139).

La evidencia demuestra que las enfermeras han identificado factores que interfieren negativamente en la relación parento-filial, en la parentalidad y como consecuencia en la salud y el desarrollo. No obstante, también se reconocen algunas consecuencias que pueden considerarse positivas como por ejemplo el caso de que algunas familias en

circunstancias desfavorables fortalecen sus dinámicas en condiciones de adversidad (211).

Servicios enfermeros orientados a la promoción de la parentalidad

La mejora de los niveles de salud de la población puede orientarse desde los servicios enfermeros a partir del conocimiento de la parentalidad y la familia y el desarrollo de planes y programas de salud dirigidos a promover cultura de vida saludable y el fomento del autocuidado (44). Las enfermeras actuarán como facilitadoras mediante el desarrollo de estrategias de Educación para la Salud como estrategia primaria de actuación (224).

La evidencia confirma que la promoción de la parentalidad se desarrolla a partir de intervenciones tempranas que facilitan el desarrollo efectivo de la parentalidad, las que presentan una influencia positiva en la salud y el desarrollo psicosocial de los niños y también de sus padres (244,249,261).

Se denominan intervenciones de activación parental a todas aquellas que impulsan a las figuras parentales a incrementar sus conocimientos, habilidades y confianza en competencias dirigidas a satisfacer las necesidades de sus hijos (212); proporcionan efectos positivos en el afrontamiento de los padres, tanto en la activación parental como en la percepción de autoeficacia, autoconfianza y el empoderamiento (212).

Se reconocen intervenciones efectivas enfermeras a partir de la implementación de programas de promoción parental que sean sensibles a las necesidades de conocimiento, capacidad y actitud para promover la eficacia parental y promover la parentalidad saludable (152). Algunas intervenciones se orientan al desarrollo de habilidades parentales, gestión del estrés, mejora de habilidades sociales para fortalecer la interacción parento-filial (262).

Existen diferentes modalidades de intervención, entre las que se encuentran los cursos de preparación para el parto o la parentalidad. Estos permiten el desarrollo de habilidades parentales, la promoción del vínculo, la toma de conciencia y capacidad de respuesta para la interacción con los hijos de igual manera que la creación de redes de apoyo (121), considerándose una fuente de soporte durante el periodo de transición a la adquisición del rol parental (36). La atención enfermera a la familia mediante visita domiciliaria ofrece

una contribución positiva en el marco de los cuidados parentales y la promoción de la salud (263).

Pueden ser necesarios programas intensivos dirigidos a grupos de riesgo como en nacimientos pretérmino, presencia de enfermedad mental, familias monoparentales con bajos ingresos (242,244,264). El cuidado ofrecido a mujeres con problemas de salud mental en el periodo perinatal para la promoción de la parentalidad es una parte esencial del desempeño del rol (210).

Formación e investigación

Se recomienda incorporar a los programas de docencia pregrado y postgrado una perspectiva salutogénica de la parentalidad orientada a mejorar el empoderamiento, los conocimientos, habilidades, motivación para que las figuras parentales se sientan más confiadas del desempeño de la parentalidad (152).

En la literatura se destaca el enfoque de *Touchpoints*, que consiste en establecer puntos de contacto entre las figuras parentales y las enfermeras, como metodología preventiva de intervención. Esta metodología pretende mejorar la relación parento-filial, incrementar habilidades parentales y fortalecer las relaciones entre el menor y la familia puesto que puede orientarse a mejorar el desarrollo del niño, la funcionalidad de las familias y las competencias de los profesionales de la salud (265).

La formación de estudiantes de Enfermería y enfermeras mediante, por ejemplo, audiovisuales ilustrativos o supervisión en la práctica, benefician tanto a las familias como a las enfermeras (241).

En el ámbito de la investigación, la búsqueda de la evidencia se orienta principalmente a la vivencia de estrés parental, la eficacia parental y la validación y adaptación cultural de instrumentos de medida.

Copeland *et al.* (2005) destacan que la mayoría de la investigación realizada sobre estrés parental se ha desarrollado en parejas casadas de nivel socioeconómico medio, y estos autores recomiendan ampliar estudios en otros perfiles (216).

En relación con la eficacia parental, Fang *et al.* (2019) exponen que se necesitan estudios longitudinales para evaluar esta a lo largo del tiempo, diferenciando entre niños pequeños y mayores. Además, exponen que la mayoría de estudios se han realizado en niños entre 0 y 6 años de edad y en mujeres, recomendándose que se incluyan a los padres en los estudios de salud familiar, bienestar y factores asociados a la parentalidad y la eficacia parental (240).

Respecto a la investigación en diagnósticos NANDA relacionados con la parentalidad solamente se localizó un estudio de validación clínica del diagnóstico enfermero *Impaired parenting* en madres primíparas mayores de 24 años de la Universidad de la Sabana desarrollado en el año 2015 mediante el modelo de análisis de Rasch (22). La búsqueda no reportó evidencia específica respecto al diagnóstico sujeto a estudio.

Modelo diagnóstico y evidencia asociada

A continuación, se describe la relación existente entre el modelo diagnóstico de la taxonomía 2018-2020 y los hallazgos de la revisión bibliográfica.

Teniendo como punto de partida que el diagnóstico orienta hacia la aparición de riesgo para desarrollar la Parentalidad Positiva o lo que es lo mismo, la persona es vulnerable a al deterioro parental, en relación a su definición *Vulnerable a la incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer el bienestar del niño*, puede comprobarse que esta se encuentra íntimamente relacionada con la evidencia mostrada en la validación conceptual respecto al concepto de parentalidad.

La parentalidad se entiende como un proceso madurativo, especialmente complejo, que implica una reestructuración psicoafectiva por parte de los padres o adultos de referencia en la adquisición del rol parental con el propósito de desempeñar como cuidadores responsabilidades orientadas a promover la supervivencia, crecimiento y el desarrollo completo de los y las menores y su incorporación a la familia en el marco de un entorno seguro (46,117,192–195).

En el proceso de razonamiento para explicar la evidencia respecto a los factores de riesgo (FR), la población de riesgo (PdR) y los problemas asociados (PA) se encontraron

asociaciones y vinculación estrecha entre ellos, por tanto, se agruparon para su justificación y análisis conjunto. Los resultados obtenidos de este proceso analítico-comparativo se describen a continuación.

Lactante o niño

Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas parentales (FR) / Género diferente del deseado (FR) / Temperamento difícil (PdR)

Durante el desarrollo de la parentalidad pueden experimentarse conflictos de valores, necesidades, expectativas, dudas/inseguridades, dificultades que influyan en el bienestar, el cuidado de los menores y la percepción de autoeficacia (121,152,193,239).

Entre los diferentes factores pueden condicionar la aparición de estrés parental se encuentran el apoyo social, la personalidad, estresores cotidianos, el temperamento del niño, el peso y las alteraciones del sueño (216).

Separación prolongada de los padres (FR)

Múltiples factores determinan la aparición de estrés emocional (196,219,229) entre los que se encuentra la separación de los padres y la alteración de las dinámicas familiares (202,246).

Prematuridad / Retraso en el desarrollo (PdR)

La prematuridad altera las expectativas de los padres respecto a la parentalidad, convirtiéndose en una experiencia equiparable a una pérdida o duelo la que afecta sustancialmente el desarrollo de las habilidades parentales (202,224,229). Los padres consideran al niño prematuro como frágil, pequeño e inmaduro (220,229) y esto puede traducirse en experiencias de mayor estrés y ansiedad (229), incluso frustración (202), en comparación con niños nacidos a término (244,245).

Alteración de las capacidades perceptuales (PA) / Enfermedad crónica (PA) / Problema discapacitante (PA)/ Trastorno conductual (PA) / NUEVO Antecedentes de abusos (PdR) / NUEVO Antecedentes de traumatismo (PdR)

El estado de salud y las condiciones asociadas al mismo de la familia pueden representar un factor de riesgo para desarrollar deterioro del rol parental. Se ha demostrado que los padres con hijos que tienen condiciones de salud más complejas presentan mayor estrés parental (247). Entre estas circunstancias cabe destacar por ejemplo el diagnóstico de una

enfermedad congénita (194), de especial gravedad o complejidad (248), crónica (249,250), discapacidad asociada (206,214), enfermedad oncológica (213,251), enfermedad mental (241) incluyendo depresión (252) y autismo (253), hospitalización (207,248,254), fundamentalmente después del nacimiento (215) y experiencias adversas infantiles tales como abuso sexual y abuso psicológico (235).

Parental

Acceso a recursos insuficiente (FR) / Recursos insuficientes (FR) / Transporte insuficiente (FR) / En desventaja económica (PdR)

El concepto de familias vulnerables ha de contemplarse respecto al fenómeno de la parentalidad. Las familias vulnerables pueden presentar condiciones y circunstancias que interfieran en el desarrollo y la salud de sus miembros (193). Entre ellas pueden encontrarse familias sin hogar, con escasos recursos socioeconómicos, familias adoptivas, aquellas en las que concurre en violencia intrafamiliar y/o abusos, se afronte la pérdida perinatal, exista consumo de drogas (192,255–257).

Aislamiento social (FR) / Apoyo social insuficiente (FR)

En el marco de la parentalidad se ha demostrado que el apoyo social, entendido como los recursos que son provistos por otras personas tanto de la red formal como informal, actúa como un factor protector puesto que ayuda en los cuidados, aporta información y proporciona soporte emocional y físico a las figuras parentales (224,258).

NUEVO Cambios en el patrón de sueño (FR) / Deprivación del sueño (FR) / Patrón de sueño no reparador (FR)

No se identificó evidencia asociada a estos factores de riesgo relacionados con el sueño/descanso.

Cohesión familiar insuficiente (FR) / Conflicto entre la pareja (FR) / Familia monoparental (PdR) / Cambios en la unidad familiar (PdR)

La transición a la parentalidad condiciona la reestructuración del sistema familiar en función de las necesidades de la reproducción y crianza de los hijos (198). Una de las dimensiones más confrontadas o desafiadas es el sistema conyugal, la relación con la pareja o el cónyuge (131). Según se pone de manifiesto las madres que asumen la

parentalidad en solitario experimentan mayor estrés, siendo consideradas como un grupo vulnerable a estrés parental (207).

Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño (FR) / Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño (FR) / Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales (FR) / Preparación cognitiva insuficiente para la paternidad (PdR)/Nivel educativo bajo (PdR) / Alteración del funcionamiento cognitivo (PA) / Expectativas no realistas (FR)

A mayor nivel de conocimientos y habilidades influye en las condiciones de la crianza y posibilita un entorno saludable adaptado a las necesidades de los niños (117). El desarrollo psicomotor se ve influenciado por variables familiares y sociodemográficas, baja escolaridad padres o cuidadores, hacinamiento vivienda (242,250). La parentalidad no es una competencia innata, no se nace padres, se aprende a serlo (217). Madres y padres necesitan y aprenden a desarrollar comportamientos y habilidades para dar respuesta a los requerimientos inherentes al cuidado de los hijos, a la nueva rutina de pareja y al afrontamiento de tensiones y dificultades que puede sobrevenir (152).

Antecedentes de enfermedad mental (PdR) / Depresión (FR) / Baja autoestima (FR)/ Antecedentes de mal uso de sustancias (PdR) / Antecedentes de abusos (PdR)

Entre las mismas se destaca la importancia de las enfermedades mentales (44,210,232,233), especialmente la depresión (234). La eficacia parental, además de correlacionar con mejores resultados de salud en menores, también lo hace con la salud de las figuras parentales (240).

Estrategias de afrontamiento ineficaces (FR) / Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro (FR) / Habilidades de resolución de problemas insuficientes (FR)

Puede estar condicionado por comportamientos disfuncionales de los padres (216).

Estresores (FR) / Tensión en el desempeño del rol (FR) / Desempleo (PdR) / Dificultades en el trabajo (PdR) / Dificultades legales (PdR) / Traslados (PdR)

Las figuras parentales pueden experimentar estrés parental en la transición a la parentalidad y a los cambios/demandas en el desempeño del rol (224,241,242). Puede estar condicionado por comportamientos disfuncionales de los padres o bien por características de los niños (216). Múltiples factores determinan la aparición de estrés

emocional (196,219,229) entre los que se encuentra la separación de los padres y la alteración de las dinámicas familiares, incluida la violencia intrafamiliar (202,246). Otros serían la falta de apoyo social, la personalidad, los estresores cotidianos, el temperamento del niño, el peso y las alteraciones del sueño, el desempleo y los problemas laborales (141,216,243).

Habilidades de comunicación ineficaces (FR)

Se constituye como una relación de ayuda mutua entre las figuras parentales y los niños/as en la que se apoyan recíprocamente (195). En el primer caso se refuerza el rol y la eficacia parental y en el segundo se posibilita la socialización y el aprendizaje para un funcionamiento progresivamente más autónomo a lo largo de la vida (192,195).

Falta de implicación de la madre (FR) / Falta de implicación del padre (FR) / Incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias (FR) / Modelo del rol parental insuficiente (FR) / Preferencia por los castigos físicos (FR) / Respuesta insuficiente a las señales del niño (FR) / Valoración insuficiente de la paternidad (FR) / Disposición para los cuidados del niño inadecuada (FR) / Antecedentes de haber realizado abusos (PdR)

Se ha demostrado que la parentalidad negligente condiciona la aparición de consecuencias negativas en la vida adulta en diversidad de áreas (46). Tanto las prácticas punitivas severas como la ausencia de supervisión contribuyen a una crianza problemática (139). La sobreprotección parental puede disminuir la capacidad resolutive y la tolerancia a la frustración (139). Los estilos parentales tienen un efecto positivo o negativo en el desarrollo ulterior de los menores, resultando cruciales para la salud y el desarrollo y determinan el estilo que el menor desarrolle más tarde como padre (260). En la literatura se destaca la importancia de integrar un funcionamiento parental reflexivo (*Parental Reflective Functioning*), concepto que deriva de la teoría psicológica de la Mentalización de Fonagy (2002), a partir del que las figuras parentales toman una mayor conciencia de sus estados mentales y de los de los otros, aspecto que favorece la disposición a entender a los demás y ser más receptivos a sus necesidades. Se reconoce su aplicación a la práctica clínica y la investigación enfermera (223).

Embarazo no deseado (PdR) / Embarazo no planificado (PdR) / Embarazos muy seguidos (PdR) / Alto número de embarazos (PdR) / Partos múltiples (PdR) / Procesos

de parto difíciles (PdR) / Cuidado prenatal insuficiente (FR) / Cuidados prenatales del último periodo de embarazo (FR)

La planificación familiar respecto al nacimiento de los hijos puede ayudar en el proceso (121). En este sentido se reconoce que embarazos planificados pueden ayudar a la transición a la parentalidad (121). Según se pone de manifiesto la calidad de vida de las mujeres disminuye con el nacimiento de hijos múltiples (69). Se destaca la parentalidad gemelar como especialmente exigente, asociada a experiencias difíciles, mayor cansancio, disonancia en las expectativas respecto a lo esperado, presencia de mayor estrés y depresión (69). Otras condiciones como el embarazo y todo el periparto se valoran como momentos especialmente significativos, en los cuales tanto la vida de la mujer, como del sistema familiar, se ven alterados (239).

Juventud de los padres (PdR)

La parentalidad en la etapa de la adolescencia es considerada un fenómeno complejo que comporta un cambio en el marco de una crisis de desarrollo en la que existe una doble tarea: convertirse en adultos y educar a los hijos (225,226).

Enfermedad física (PA) / Problema discapacitante (PA)

Se reconoce que la presencia de enfermedades y conductas de riesgo en los padres puede tener un impacto significativo en los hijos y en el funcionamiento familiar (230,231).

Modelo de caso y otros casos adicionales

Para concluir la validación conceptual se expone un modelo de caso ilustrativo del diagnóstico y otro caso adicional contrario, ambos extraídos de la literatura consultada en el proceso de búsqueda y lectura crítica de la información.

El caso prototipo que refleja el riesgo de deterioro parental proviene de un artículo que aboga por la defensa de las madres con enfermedades mentales a partir de la exposición de casos clínicos (210).

El caso, descrito en la Tabla 29, relata la situación de vida de una familia constituida por una madre y un padre con factores de riesgo para el ejercicio de la parentalidad

Tabla 29 Caso prototipo: madre y padre con factores de riesgo.

Descripción del caso clínico:

MA era una madre primeriza sin apoyo social con antecedentes de abuso de drogas y conducta indigente. La pareja mostró escaso interés durante el embarazo, con la futura madre y con la paternidad. Tenía diagnosticada esquizofrenia con ideas delirantes de tipo paranoico. Después del parto requirió un tiempo de hospitalización debido a desestabilización de los síntomas. Tras la hospitalización los padres recibieron apoyo en un dispositivo de atención a la salud mental comunitario. MA demostró capacidad de ser consciente de las necesidades del recién nacido y desarrolló competencias parentales.

Implicaciones para la práctica: Ambas figuras parentales acumulan diferentes factores de riesgo que les hacen vulnerables a poder desarrollar de manera efectiva el rol de la parentalidad.

El siguiente caso clínico, que proviene de un artículo de validación de concepto sobre el funcionamiento parental reflexivo, describe una situación contraria a la anterior evidenciándose actitudes y competencias parentales efectivas para el cuidado de menores (223). Se presenta en la Tabla 30 como caso adicional.

Tabla 30 Caso adicional: madre que demuestra competencia parental reflexiva

Descripción del caso clínico:

Enfermera: “Su hija tiene 18 meses, ¿cómo considera que ha de ser su educación para esta etapa de desarrollo?”

Madre: Está en una etapa realmente desafiante y me pregunto qué estará pensando. Puedo ver que me pone a prueba y a veces es frustrante. A menudo tira cosas y se enoja y no estoy segura de por qué se siente así o actúa así. Tengo que trabajar y tengo la suerte de poder trabajar desde casa, pero puedo ver cómo ella no entiende eso; ella solo piensa “Mamá está en casa y quiero jugar con ella”. Sin embargo, hay ocasiones en las que siento que necesita disciplina directa, por ejemplo, cuando golpea o muerde. Si lo hace, inmediatamente la saco de la situación y la siento por un minuto para hacerle saber que no está bien herir a la gente. A ella no le gusta estar separada y yo me siento mal y me preocupa que esté enfadada conmigo, pero poco después, por lo general, volvemos a las sonrisas y la diversión.

Implicaciones para la práctica: La madre parece entender como oportuna una actitud de disciplina positiva frente a una experiencia amenazante para ambas. Otorga significado a la conducta, reflexiona sobre sus pensamientos y sentimientos y los de su hija, esta competencia parental favorecerá la relación materno-filial.

Referentes empíricos

Para completar la validación conceptual mencionar que se han desarrollado y se utilizan diferentes instrumentos de evaluación validados y adaptados a distintos contextos internacionales y que permiten evaluar el estrés parental, la autopercepción de los padres respecto a confianza en el desempeño de su rol, la autopercepción de dificultades y de necesidades de conocimientos, las habilidades parentales entre otras (117,197,254,261).

De manera específica cabe citar la Escala de Parentalidad Positiva desarrollada por Gómez y Muñoz (2014) en Chile, cuestionario autoadministrado que trata de identificar las competencias parentales agrupándolas en cuatro áreas: vínculo, formación, protección y reflexión (136). Para su construcción se utilizaron otros instrumentos de medida relacionados con la parentalidad (136):

- ∞ Inventario de Conducta Parental (Merino *et al.*, 2004)
- ∞ Escala de Competencia Parental Percibida (Bayot *et al.*, 2005)
- ∞ Inventario de Prácticas de Crianza (Aguirre, 2010)
- ∞ Inventario de Estilo Educativo Familiar (Ibáñez-Valverde, 2002)
- ∞ Cuestionario de Prácticas Parentales (Gaxiola *et al.*, 2006)

Por último, destacar que la validación conceptual realizada, se encuentra reforzada por el trabajo de validación conceptual desarrollado en las últimas décadas por distintas enfermeras respecto a los constructos teóricos *parent participation* (Coney, 1996), equivalente a *family centred care, perceived parental efficacy* (Lacharité, 2005) y *parental reflective functioning* (Coney *et al.*, 1996) (223,266,267).

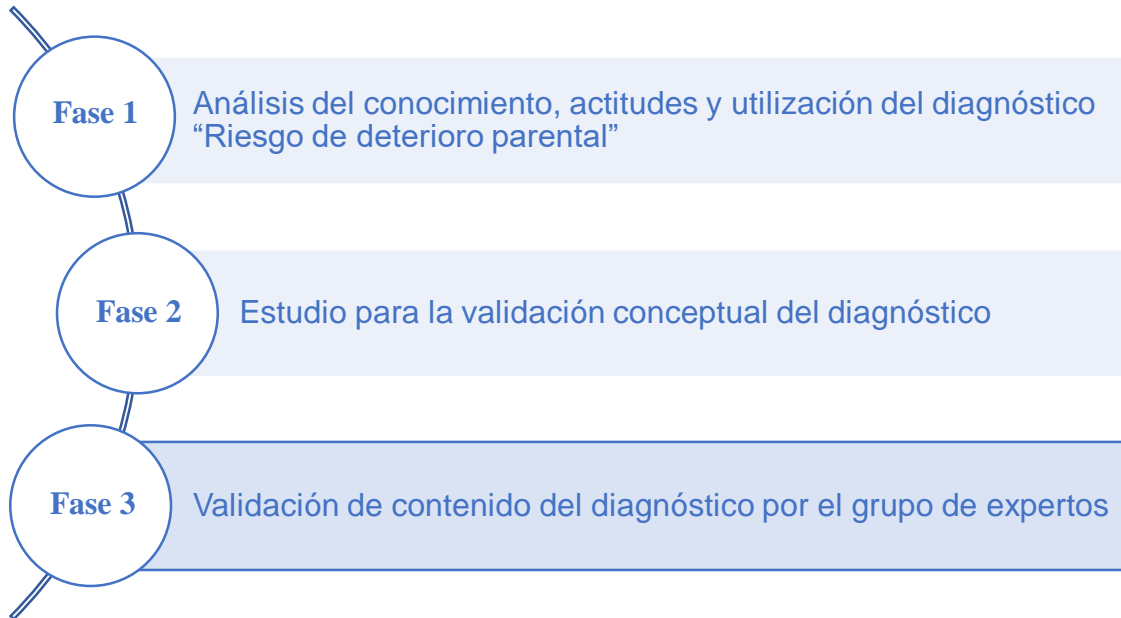
De igual modo, se destacan cinco revisiones publicadas entre 2009-2012 realizadas por un equipo de enfermeras docentes de la Universidad de Wisconsin-Madison (EEUU): Kristin F Lutz, Lori S Anderson, Karen A Pridham, Susan K Riesch, Patricia T Becker en torno a la relación padres e hijos:

- ∞ *Furthering the understanding of parent-child relationships: a nursing scholarship review series. Part 1: Introduction* (268).
- ∞ *Furthering the understanding of parent-child relationships: a nursing scholarship review series. Part 2: Grasping the early parenting experience--the insider view* (125).

- ∞ Furthering the understanding of parent-child relationships: a nursing scholarship review series. Part 3: Interaction and the parent-child relationship--assessment and intervention studies (137).
- ∞ Furthering the understanding of parent-child relationships: a nursing scholarship review series. Part 4: parent-child relationships at risk (211).
- ∞ Furthering the understanding of parent-child relationships: a nursing scholarship review series. Part 5: parent-adolescent and teen parent-child relationships (269).

Estos desarrollos teóricos y publicaciones ponen claramente de manifiesto el interés legítimo de las enfermeras respecto a la Parentalidad y su influencia en la salud.

Seguidamente se muestran los resultados obtenidos en durante el estudio del análisis de validación de contenido del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* a partir del consenso de las enfermeras que participaron en las tres rondas de la Técnica Delphi desarrollada.



Entre la primera y la segunda ronda se diferenciaron aquellas enfermeras que alcanzaban los requisitos mínimos para ser consideradas como expertas según los criterios determinados por Fehring.

Al observarse la configuración de los dos grupos de enfermeras, expertas y no expertas, similares en cuanto al número de integrantes, se consideró una posible oportunidad para el estudio y se optó por mantener la participación de la totalidad de la muestra para así evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas.

El análisis de resultados se ha desarrollado respetando el rigor metodológico propio de los estudios de validación de diagnósticos enfermeros y la consideración del consenso del grupo de expertos reconocidos como Fehring.

El número total de enfermeras que participaron en la primera ronda del estudio Delphi fue de 78. La tasa de respuesta alcanzada en la segunda ronda fue del 79,5% (62 enfermeras). Entre la segunda y tercera las enfermeras se consiguió una tasa de respuesta global del 98% (61 enfermeras).

En la segunda ronda se identificaron un total de 33 enfermeras que cumplían los criterios establecido por Ferhing. Se consiguió una tasa de respuesta del 100% en la última ronda.

En la Tabla 31 se refleja la evolución y la composición de la muestra a tenor del número de participantes y el cumplimiento de criterios.

Tabla 31. Enfermeras participantes en el panel de expertas de la técnica Delphi.

	Total	Expertas	No Experta
Primera ronda	78	-	-
Segunda ronda	62	33	29
Tercera ronda	61	33	28

Los resultados obtenidos del estudio de validación de contenido del diagnóstico enfermero *Riesgo de deterioro parental* se desarrollarán en el siguiente orden:

- ∞ Datos de caracterización de la muestra, formación y competencias profesionales específicas sobre metodología enfermera.
- ∞ Consideraciones enfermeras respecto al diagnóstico a estudio.
- ∞ Análisis de la actitud hacia el diagnóstico mediante la escala EPADE-7.
- ∞ Selección del grupo de expertos según los criterios establecidos por Fehring.
- ∞ Análisis de validación de contenido del diagnóstico.

Datos de caracterización de la muestra

El número de enfermeras que respondieron la primera ronda del cuestionario para configurar el panel de expertos ascendió a un total de 78 profesionales. De ellas, el 74,4% eran mujeres, cuya edad media era 45,51 años.

Del total de enfermeras, 71 habían cursado estudios de postgrado (máster, especialidad y/o Doctorado) lo que representa el 91% de la muestra. Se destaca que más de la mitad (55,1%) acreditaban estar en posesión de título de especialista vinculado con el diagnóstico a estudio. En relación con el ejercicio profesional las enfermeras contaban con un promedio de 22,21 años de experiencia y en el 53,8% de los casos trabajaban en el ámbito asistencial. Del total, el 65,4% de ellas pertenecen a una sociedad científica.

Los datos anteriores quedan reflejados en la siguiente Tabla 32 para su consulta.

Tabla 32. Datos sociodemográficos, formación académica y ámbito profesional.

Datos sociodemográficos, formación académica y ámbito profesional			
Sexo	Mujer	n	%
	Hombre	58	74,4
		20	25,6
Edad (años)		\bar{x}	DE
		45,51	11,62
Nivel académico	Grado	n	%
	Máster/Especialidad	8	10,3
	Doctorado	30	38,5
		40	51,3
Título Especialista		n	%
		45	57,7
Especialidad r/c diagnóstico		n	%
		43	55,1
Experiencia profesional (años)		\bar{x}	DE
		22,21	11,53
Ámbito profesional	Asistencial	n	%
	Docencia/Gestión/Investigación	42	53,8
		36	46,2
Miembro sociedad científica		n	%
		51	65,4

Respecto a formación, competencias y vinculación profesional con la metodología y lenguajes enfermeros estandarizados, los resultados muestran que las enfermeras se sienten familiarizadas y utilizan taxonomía NNN (88,5%).

A nivel formativo se destaca que el 74,4% de las enfermeras ha cursado más de 30 horas de formación, el 59,0% ha realizado más de 5 cursos y un 66,7% de las mismas ha participado en congresos y jornadas. Como docentes, el 56,4% de las enfermeras han impartido cursos específicos sobre metodología enfermera y el 59,0% han publicado artículos científicos o participado como ponentes en actos científico-profesionales.

Del total de la muestra, 11 enfermeras (16,8%) son socias de la Asociación Española Nomenclatura y Taxonomía Diagnóstica Enfermera (AENTDE).

En la Tabla 33 se representan las competencias profesionales relacionadas con metodología enfermera según lo acreditado por las enfermeras participantes.

Tabla 33. Competencias profesionales relacionadas con metodología enfermera.

Competencias profesionales	n	%
Familiaridad y utilización de lenguaje estandarizado NNN	69	88,5
Horas formación cursadas > 30	58	74,4
Actividades formación realizadas > 5 cursos	46	59
Asistencia en jornadas/congresos	52	66,7
Impartición de cursos	44	56,4
Publicación artículos científicos/ponencias	46	59
Socias AENTDE	11	16,8%

Análisis de la actitud ante el diagnóstico enfermero (EPADE-7)

El estudio ofrece resultados sobre el posicionamiento de las 78 enfermeras que inicialmente participaron ante el diagnóstico enfermero, medido a partir de la escala EPADE-7. La puntuación media alcanzada fue de 36,28 sobre 49 puntos.

Tabla 34. Resultados EPADE-7.

Resultados estadísticos				
Media	36,28			
Mediana	36,00			
Moda	35			
Desviación Estándar	6,361			
Valor Mínimo	19			
Valor Máximo	46			
Resultados según ítems				
Con significado	\bar{x}	DE	Moda	Mín/Máx
Realista	6,18	0,99	7	3-7
Facilitador	5,69	1,01	6	3-7
Válido	4,29	1,65	6	1-6
Relevante	5,76	1,07	6	3-7
Gratificante	4,40	1,77	6	1-6
Creativo	5,64	1,17	5	2-7
	4,32	1,46	6	1-6

Las valoraciones más altas ofrecidas por las enfermeras se observan en los ítems: *con significado*, *válido*, *realista* y *gratificante*. Por el contrario, los ítems menos valorados fueron *facilitador*, *creativo* y *relevante*. En la Figura 25 se representan la media, moda y desviación estándar.

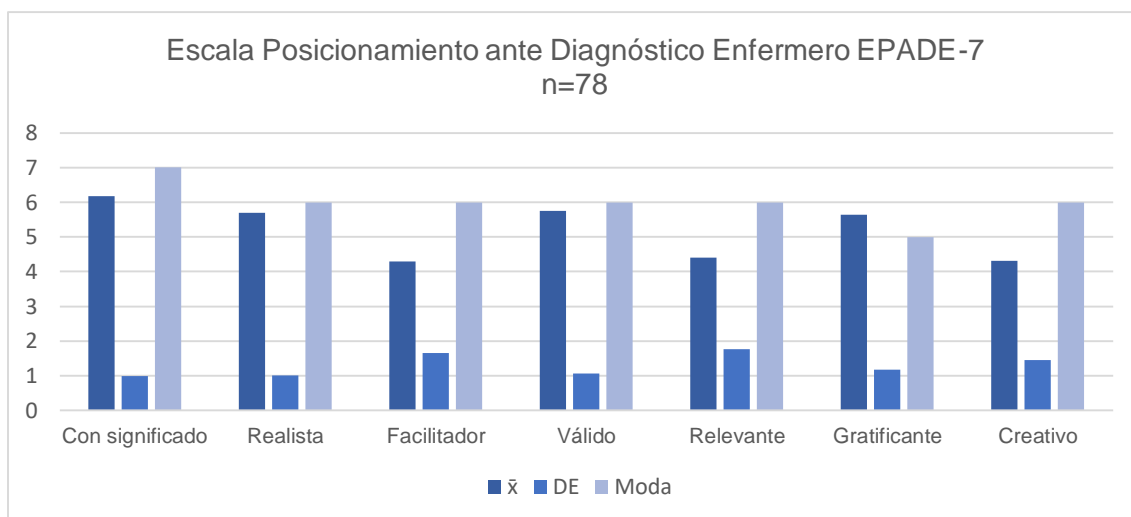


Figura 25. Escala posicionamiento ante diagnóstico enfermero (EPADE-7).

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones enfermeras respecto al diagnóstico y su utilización

A partir de los resultados obtenidos en la primera ronda de consulta (n=78), se analizaron diferentes variables para conocer el nivel de reconocimiento de la etiqueta diagnóstica, el grado de significación del diagnóstico, los ámbitos del cuidado predominantes, la percepción de competencia profesional autónoma y, por último, la pertinencia de uso, la consideración de uso y la utilización en el ejercicio profesional.

El 87,2% de las enfermeras reconocen la etiqueta diagnóstica, de ellas, en un 70,5% de los casos encuentran alto grado de significación respecto a la salud familiar, la parentalidad y la salud en las primeras etapas de la vida.

Los principales ámbitos del cuidado asociados al diagnóstico son:

- ∞ Atención a la familia y la comunidad en el marco de la Atención Primaria de Salud (89,7%).
- ∞ Atención a las primeras etapas de la vida en consultas o unidades de atención a la infancia y adolescencia (80,7%).

- ∞ Enfermería en Salud escolar en los centros educativos (66,6%).
- ∞ Atención y cuidados en Salud Mental (62,8%).

El 26,9% de la muestra de enfermeras reconocieron la posibilidad de aplicación del diagnóstico en otros ámbitos del cuidado distintos a los mencionados. Profundizando en este análisis, 18 de las enfermeras consultadas (23,1%) alcanzan consenso en identificar los cuatro ámbitos del cuidado descritos con anterioridad. Otras 15 enfermeras (19,2%) añaden a estos escenarios la posibilidad de otros ámbitos del cuidado.

Un 97,4% de las enfermeras reconoce competencia profesional autónoma de intervención respecto al diagnóstico a estudio. Respecto a la pertinencia de uso, la consideración de uso y la utilización en el ejercicio profesional, se obtiene que el 78,2% de las enfermeras valoran como pertinente su uso, no obstante, solo el 10,3% de ellas lo considera en la práctica asistencial, utilizándose por un 37,2%.

Las estrategias propuestas por las enfermeras para mejorar su implementación en todos los contextos profesionales de la disciplina enfermera (asistencial, docente, gestión, investigación) son las expresadas en la Tabla 35

Tabla 35. Estrategias sugeridas respecto a formación, investigación, asistencia y gestión.

Estrategias sugeridas por las enfermeras respecto a formación e investigación
∞ <i>Publicaciones y sesiones de trabajo.</i>
∞ <i>Conocimientos teóricos sobre los factores de riesgo que propone para su identificación. Criterios de evaluación, evidencias.</i>
∞ <i>Formación en grupos / consultas de pediatría.</i>
∞ <i>Formación para enfermeras asistenciales; estudios/investigación de screening/prevalencia del diagnóstico; validación de instrumentos para su detección.</i>
∞ <i>Realizar tesis específicas y presentar resultados en jornadas/congresos/papers.</i>
∞ <i>Conocimiento sobre el diagnóstico. Conocimiento sobre el ámbito de uso.</i>
∞ <i>Formación específica.</i>
∞ <i>Mayor utilización en la docencia de grado y mayor difusión del mismo entre los profesionales.</i>
∞ <i>Divulgación de la existencia del diagnóstico que ocupa y evidenciar el impacto de su uso o ausencia de su utilización.</i>
∞ <i>Formación respecto a la valoración e identificación de factores de riesgo, poco habituales en la práctica clínica habitual ya que orientamos nuestros diagnósticos en base a características definitorias y factores relacionados.</i>
∞ <i>Acercamiento a los profesionales del significado e interrelación con otros problemas identificados. Activación de estudios que validen, aún más, la etiqueta propuesta.</i>

∞	<i>Formación en respuestas humanas frecuentes en determinadas áreas de cuidados y desarrollo de instrumentos que faciliten su valoración específica.</i>
∞	<i>Conocimiento de éste y ejemplos que puedan ser utilizados usando ese diagnóstico.</i>
∞	<i>Formación en metodología enfermera, actualización de la taxonomía NANDA.</i>
∞	<i>Formación.</i>
∞	<i>Encuentro de enfermeras del mismo ámbito y trabajar el tema. Mostrar ejemplos de uso y ventajas.</i>
∞	<i>Dar a conocer la metodología de manera asequible.</i>
∞	<i>Formación.</i>
∞	<i>Formación acerca de su significado y utilidad. Solo así se sabrá si su infrutilización es por desconocimiento o por falta de pertinencia.</i>
∞	<i>Informar a los profesionales sobre el diagnóstico.</i>
∞	<i>Formación.</i>
∞	<i>Que forme parte de la formación pregrado en las asignaturas relacionadas con la infancia y/o salud mental.</i>
∞	<i>Que se tenga en cuenta en la formación continuada de los profesionales clínicos.</i>
∞	<i>Inclusión en la docencia en asignaturas de Grado relacionadas con el diagnóstico.</i>
∞	<i>Validar el diagnóstico y proponer actividades enfermeras mediante la investigación.</i>
∞	<i>Aumento de formación pregrado sobre la metodología enfermería.</i>
∞	<i>Mayor incidencia en formación pregrado sobre el abordaje de los aspectos sociales de la salud. La inclinación del alumnado hacia el abordaje biomédico es una proyección de lo que inculca el profesorado.</i>
∞	<i>Fomentar el estudio y el conocimiento de los diagnósticos de enfermería.</i>
∞	<i>Incidir en formación pregrado en la realización de valoraciones completas y no solamente en la valoración de los ítems determinados a un patrón o necesidad.</i>
∞	<i>Formación continuada (cursos, talleres y seminarios) y Elaboración de una guía de cuidados sobre Atención a la infancia que incluya este diagnóstico.</i>
∞	<i>Formación continuada (cursos, talleres y seminarios) y Elaboración de una guía de cuidados sobre Atención a la infancia que incluya este diagnóstico.</i>
∞	<i>Mediante la formación continuada, dando a conocer este diagnóstico a todos los profesionales asistenciales, dada la importancia de identificar de manera precoz la salud mental, por posible deterioro, de los cuidadores principales, en este caso, padres.</i>
∞	<i>En el área de la formación universitaria, para que los futuros profesionales se vayan concienciando de la importancia que este diagnóstico tiene en la salud global de la sociedad actual.</i>
∞	<i>Sensibilización sobre la importancia de un adecuado rol parental en la salud biopsicosocial del niño y adolescente durante la formación universitaria y continuada.</i>
∞	<i>Clarificación del concepto "parental".</i>
∞	<i>Desarrollo y utilización de una teoría de medio alcance, más específica, que se pueda utilizar cuando se trate a estas poblaciones con estos riesgos.</i>
∞	<i>Sesiones clínicas de cuidados en las Unidades de Hospitalización, centros de salud, etc., ahondando en este diagnóstico para llegar a su uso habitual y garantizando la precisión diagnóstica.</i>
∞	<i>Clarificación del concepto "parental".</i>
∞	<i>Desarrollo y utilización de una teoría de medio alcance, más específica, que se pueda utilizar cuando se trate a estas poblaciones con estos riesgos</i>

∞	<i>Sesiones clínicas de cuidados en las Unidades de Hospitalización, centros de salud, etc., ahondando en este diagnóstico para llegar a su uso habitual y garantizando la precisión diagnóstica.</i>
∞	<i>Hacer estudios de investigación sobre resultados en salud, en el entorno familiar, calidad de vida familiar, etc en casos en que se haya identificado este diagnóstico, planteado resultados NOC y tratado con intervenciones enfermeras. Está demostrado que cuando las propias enfermeras investigan, se involucran y utilizan más y mejor los diagnósticos enfermeros y en general todo el PE.</i>
∞	<i>Divulgar su existencia, importancia de su utilización.</i>
∞	<i>Medir resultados, publicarlos, difundirlos para fomentar su utilización.</i>
∞	<i>Formación en metodología y en parentalidad positiva.</i>
∞	<i>Trabajar actitudes frente al diagnóstico de enfermería.</i>
∞	<i>Formación al respecto.</i>
∞	<i>Planificando formación continuada sobre los problemas que deben detectar y abordar las enfermeras para fomentar la parentalidad positiva.</i>
∞	<i>Talleres de docencia en los que se hablen sobre diagnósticos de usos poco frecuente Especialidad EFyC.</i>
∞	<i>Mayor formación a cerca del mismo (pregrado) y también formación en los ámbitos profesionales.</i>
∞	<i>Sensibilizar a los profesionales de la presencia de este diagnóstico a través de sesiones clínicas, por ejemplo, inclusión del tema en cursos de formación.</i>
∞	<i>Conocimiento del diagnóstico en sí y disminuir el miedo a enfrentarse a una situación familiar que pueda llevar a enunciarlo.</i>
∞	<i>Sesiones formativas teórico-prácticas sobre todo lo que engloba este diagnóstico de riesgo.</i>
∞	<i>Formación sobre el diagnostico explicando la respuesta humana que cubre.</i>
∞	<i>Publicación o presentación a congresos de casos que este diagnóstico esté presente y trabajado</i>
∞	<i>Aumentar la formación sobre los usos e importancia de los diagnósticos.</i>
∞	<i>Sesiones formativas teórico-prácticas sobre todo lo que engloba este diagnóstico de riesgo.</i>
∞	<i>Formación sobre el diagnostico explicando la respuesta humana que cubre.</i>
∞	<i>Publicación o presentación a congresos de casos que este diagnóstico esté presente y trabajado</i>
∞	<i>Aumentar la formación sobre los usos e importancia de los diagnósticos.</i>
∞	<i>Clarificar, mediante la investigación, los criterios y pertinencia de los diagnósticos.</i>
∞	<i>Profundizar en este diagnóstico durante los programas formativos de las especialidades de salud mental, pediatría, comunitaria.</i>
∞	<i>Formación en el conocimiento de los Diagnósticos.</i>
∞	<i>Formación y sensibilización sobre la necesidad de utilizar e intervenir en dicho diagnóstico desde los cuidados enfermeros.</i>
∞	<i>Estudiar la incidencia de dicho diagnóstico en los diferentes ámbitos de atención.</i>
∞	<i>Informar a los profesionales sobre la existencia de este diagnóstico.</i>
∞	<i>Formación para detectar este diagnóstico y poder abordarlo adecuadamente desde los distintos ámbitos de actuación de enfermería.</i>
∞	<i>Darlo a conocer. Definir con mayor claridad su definición e indicadores diagnósticos.</i>
∞	<i>Formación y sensibilización sobre la necesidad de utilizar e intervenir en dicho diagnóstico desde los cuidados enfermeros.</i>

∞	<i>Estudiar la incidencia de dicho diagnóstico en los diferentes ámbitos de atención.</i>
∞	<i>Informar a los profesionales sobre la existencia de este diagnóstico.</i>
∞	<i>Formación para detectar este diagnóstico y poder abordarlo adecuadamente desde los distintos ámbitos de actuación de enfermería.</i>
∞	<i>Darlo a conocer. Definir con mayor claridad su definición e indicadores diagnósticos.</i>
∞	<i>Analizarlo profundamente en las asignaturas del grado en enfermería: Enfermería Infantil y Comunitaria.</i>
∞	<i>Analizarlo y Utilizarlo en las Especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria, Salud Mental, Infantil, Escolar.</i>
∞	<i>Potenciar los Trabajos Fin de Grado y Máster, que lo utilicen en Planes de Cuidado.</i>
∞	<i>Potenciar su utilización en las Jornadas de Enfermería Infantil, mediante alguna mención especial a las comunicaciones que lo incluyan en planes de cuidados.</i>
∞	<i>Invitar a ponentes que los utilicen en su día a día en las Jornadas de Enfermería Infantil, Salud Mental, Escolar y Comunitaria.</i>
∞	<i>Formación.</i>
∞	<i>Formación en metodología enfermera.</i>
∞	<i>Tener nosotros los enfermeros más información sobre este diagnóstico y formación para poder afrontarlo.</i>
∞	<i>Docencia.</i>
∞	<i>Simulación clínica de postgrado en enfermeras asistenciales y alumnas de grado.</i>
∞	<i>Facilitar investigación mediante TFG o TFM. A su vez utilizando role-playing en puestos de gestión y simulación de herramientas de detección.</i>
∞	<i>Creo que el nombre del diagnóstico no deja claro si se trata de un deterioro físico o mental ni si se trata de un deterioro de los padres, de su capacidad de ejercer la parentalidad o de un deterioro de la relación entre ellos y su hijo/a. Sería útil ofrecer información a los profesionales de enfermería sobre el diagnóstico y su utilización, sobre todo en las Unidades de Salud Mental Infantil.</i>
∞	<i>Incluir en las intervenciones formativas de los EIR, este diagnóstico como análisis de los factores de riesgo.</i>
∞	<i>Formación y sesiones comunes en el equipo de trabajo para identificar y diagnosticar estas situaciones, y desarrollo de propuestas de intervenciones derivadas del DxE.</i>
∞	<i>Información/formación profesionales.</i>
∞	<i>Cursos formativos.</i>
∞	<i>Estudios de investigación r/c riesgo suicida y en los estudios de desprotección.</i>
∞	<i>Formación en las instituciones y reuniones de equipo con supervisión clínica.</i>
∞	<i>Realizar formación al respecto a enfermeras asistenciales.</i>
∞	<i>Cuando un profesional observa dicha aplicabilidad práctica creo que ayuda a evitar resistencias y a introducir de forma casi natural esta práctica en su trabajo habitual.</i>
Estrategias sugeridas por las enfermeras respecto a asistencia y gestión	
∞	<i>Incluir el diagnóstico en planes cuidados estandarizados y adecuar registros informáticos con este diagnóstico.</i>
∞	<i>Participación e Implicación en el cuidado.</i>
∞	<i>Inclusión del diagnóstico en programas de estandarización.</i>
∞	<i>Accesibilidad equitativa a las actualizaciones de la taxonomía NANDA, aplicaciones informáticas que las integren.</i>

∞	<i>Conocer la situación sociofamiliar y la relación entre los miembros de la propia familia y estrategias de adaptación al estrés</i>
∞	<i>Facilitar el empleo de tiempo necesario para utilizar el diagnóstico de manera adecuada.</i>
∞	<i>Accesibilidad.</i>
∞	<i>Desarrollo de herramientas que visibilicen y operativicen su aplicación.</i>
∞	<i>Introducirlo en el cuestionario de valoración de los diferentes centros.</i>
∞	<i>Asunción del rol psicosocial de la enfermera.</i>
∞	<i>Promoción de salud.</i>
∞	<i>Incluir Metodología Enfermera (realización de planes de cuidados) en todos los campos de la enfermería como por ejemplo en la salud laboral, pues la enfermería en salud laboral se dedica a realizar técnicas y no realiza ni prevención ni promoción de la salud, lo cual podría hacerse con los planes de cuidados y así detectar problemas tales como "deterioro parentales".</i>
∞	<i>Incluir a la enfermera escolar en el ámbito de la educación en todas las comunidades.</i>
∞	<i>Sistematizar su utilización, operacionalizar los diagnósticos/resultados enfermeros.</i>
∞	<i>Incentivar la asistencia a la familia en su conjunto, como un sistema abierto, en lugar del individuo en los diferentes tramos de la asistencia.</i>
∞	<i>Desarrollo de una valoración focalizada en el patrón rol/relaciones donde se puedan recoger datos, los más específicos posibles, para detectar la vulnerabilidad de "esta población", y en concreto de una persona. Es decir, pasar de lo más abstracto a lo más general. Utilización de escalas validadas.</i>
∞	<i>Impulsar la utilización de la metodología enfermera desde las organizaciones sanitarias.</i>
∞	<i>No fragmentar la atención a los niños y los adultos. Que la enfermera de primaria atienda a toda la familia.</i>
∞	<i>Poner a la enfermera familiar y comunitaria como líder y responsable de los programas de promoción de la salud y fomento del autocuidado en población infantil, el llamado "Programa del niño sano". Adecuar los cupos de población asignada a las enfermeras comunitarias para que puedan llevar a cabo las intervenciones necesarias para el fomento.</i>
∞	<i>Definiendo objetivos sobre los problemas que se espera que debe abordar la enfermera.</i>
∞	<i>Actualizar los programas informáticos en relación con las actualizaciones NANDA.</i>
∞	<i>A través de la inclusión de alguna pregunta clave dirigida a realizar screening de detección de este diagnóstico en la historia clínica de enfermera comunitaria.</i>
∞	<i>Preguntas sobre este Dx en las entrevistas clínicas de Atención Primaria al abrir la historia clínica y a nivel escolar a través de las enfermeras que estén presentes en los colegios.</i>
∞	<i>Distribuir infografías o folletos donde de forma gráfica y resumida, así como atractiva se recuerde la importancia de la utilización de este diagnóstico.</i>
∞	<i>Realizar entrevistas familiares estructuradas como parte del programa del niño sano para valorar este diagnóstico de enfermería.</i>
∞	<i>Ser considerado como un indicador de salud (sí o sí debería explorarse siempre y las enfermeras deberíamos confirmar si existe o no riesgo de deterioro parental).</i>
∞	<i>Programas de valoración y atención a los progenitores desde el ámbito hospitalario y comunitario.</i>
∞	<i>Disponer de más tiempo para dedicar al trabajo con la familia.</i>
∞	<i>Establecer registros ágiles, dentro de los diferentes programas de atención, que favorezcan su cumplimentación.</i>
∞	<i>Mejora de la salud del paciente, ayuda de su círculo familiar.</i>
∞	<i>Facilitación de recursos de acceso práctico.</i>
∞	<i>En el contexto educativo ante situaciones de ansiedad, fracaso académico, etc.</i>

∞	<i>Tener claros los indicadores de este diagnóstico enfermero. Cuando se cumplen tres indicadores que aparecen en la historia clínica, automáticamente (a través del programa informático de salud) que salga la sugerencia de poner el diagnóstico "Riesgo de deterioro parental ". Como si fuera una alerta.</i>
∞	<i>Después de realizar la valoración de un menor que cumple con al menos tres indicadores del diagnóstico, ya ponerlo desde el principio.</i>
∞	<i>Que todos los miembros del equipo sepan que la enfermera ha identificado este diagnóstico y así se ponen en alerta.</i>
∞	<i>Campañas de visualización de la utilidad de los diagnósticos enfermeros en la práctica diaria.</i>
∞	<i>Implementación del lenguaje diagnóstico en los sistemas operativos asistenciales.</i>
∞	<i>Incentivos de uso (desde los acuerdos de gestión) de taxonomía enfermera en los registros sanitarios.</i>
∞	<i>Incluir en la valoración de los niños, habitualmente desde el ámbito de la atención primaria, cuestiones que permitan identificar cómo es la relación con sus cuidadores principales y entorno y cómo se sienten al respecto. Incluir calidad del sueño, nivel de autoestima, hábitos, cuidados básicos, estrategias de afrontamiento, comunicación, recursos disponibles, hermanos, etc.</i>
∞	<i>Trabajo enfermero de salud tanto a nivel preventivo como asistencial pasa SIEMPRE por un trabajo con el cuidador principal. En la edad infantil con mayor intensidad.</i>
∞	<i>Hacer una intervención en la población cuidadora sobre algún factor de riesgo predominante en la población a cargo de una unidad de infantil. la intervención puede ser preventiva desde el ámbito escolar o consulta pediátrica.</i>
∞	<i>Motivación</i>
∞	<i>Campaña informativa a los profesionales implicado.</i>
∞	<i>Valoraciones bio-psico-socio-familiar de los niños y adolescentes y en psicoterapias familiares.</i>
∞	<i>En el encuadre de la psicoeducación y en los grupos de terapia de pacientes o padres.</i>
∞	<i>Visión más integral del individuo y su entorno familiar.</i>
∞	<i>Incluir el diagnóstico en los planes de cuidados utilizados en historia clínica informatizada.</i>
∞	<i>Uno de los principales problemas que creo que existe en nuestro entorno y que dificulta el empleo de los DxE es la escasa aplicabilidad práctica entre dicho DxE y la realidad asistencial.</i>
∞	<i>Otra estrategia viene relacionada con la creación, implantación y evaluación de planes de cuidados creados mediante metodología NANDA-NOC-NIC. Creo que éstos deben ser ágiles de aplicar, favorecer y enriquecer la práctica clínica enfermera.</i>

Selección del grupo de expertos

En la segunda ronda de consulta de la técnica Delphi se obtuvo una respuesta de 62 participantes, alcanzándose una tasa de respuesta del 79,48%.

En este momento se procedió, siguiendo la metodología prevista en el estudio y las consideraciones sugeridas por Ferhing (1994), a analizar los criterios establecidos para considerar a los expertos en estudios de validación de diagnósticos enfermeros.

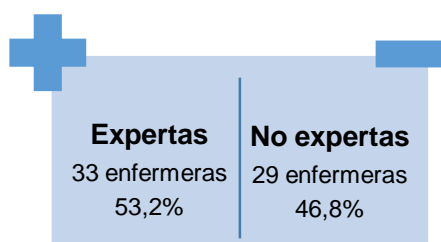
En la evaluación de estos criterios se obtuvo que 33 enfermeras (53,2%) acreditan estudios de Doctorado, 1 enfermera (1,6%) ha realizado una tesis doctoral relevante para el diagnóstico, 5 enfermeras (8,1%) han investigado y publicado sobre el diagnóstico o contenido relevante para el mismo, 1 enfermera (1,6%) publicó sobre el diagnóstico en una revista con revisores, 8 enfermeras (12,9%) desarrollaron tesis doctoral sobre diagnósticos, 61 enfermeras (98,4%) confirman ejercicio práctica clínica al menos de un año y 34 enfermeras (54,8%) certifican especialización en área clínica relevante del diagnóstico. Estos resultados se muestran en la Tabla 36.

Tabla 36. Acreditación criterios de expertía establecidos por Ferhing (n=62).

	SÍ	NO
Doctorado en Enfermería (4 puntos)	33 53,2%	29 46,8%
Doctorado en Enfermería con el desarrollo de una tesis relevante para el diagnóstico de interés (1 punto)	1 1,6%	61 98,4%
Investigación publicada sobre el diagnóstico o contenido relevante para el mismo (2 puntos)	5 8,1%	57 91,9%
Artículo publicado en el diagnóstico en una revista científica con revisores (2 puntos)	1 1,6%	61 98,4%
Tesis doctoral sobre diagnósticos (2 puntos)	8 12,9%	54 87,1%
Práctica clínica mínima de un año en un área relevante para el diagnóstico de interés (1 punto)	61 98,4	1 1,6%
Certificación (especialización) en el área clínica relevante para el diagnóstico de interés (2 puntos)	34 54,8%	28 45,2%

Según lo estipulado, y considerando como expertas a aquellas enfermeras que alcanzan un mínimo de cinco puntos en los criterios analizados, se distinguen 33 enfermeras como expertas (53,2%) frente a 29 enfermeras que no alcanzan el punto de corte mínimo exigido

(46,8%). La puntuación media obtenida fue de 4,65 (DE 2,64), en el grupo de expertas 6,82 (DE 1,46) y entre las no reconocidas como expertas 2,17 (DE 0,96).



La puntuación obtenida por las enfermeras reconocidas como expertas según los criterios de Ferhing se distribuye tal y como se expresa en la Tabla 37.

Tabla 37. Puntuaciones obtenidas por el grupo de enfermeras expertas.

Puntuaciones obtenidas enfermeras expertas	n	%
5 puntos	10	30,3
6 puntos	1	3,0
7 puntos	14	42,4
8 puntos	1	3,0
9 puntos	7	21,2

En relación con sus méritos profesionales, destacar que todas las enfermeras (100%) acreditan estar en posesión del título de Doctorado, 32 (96,7%) confirman haber realizado práctica clínica mínima de un año en un área relevante para el diagnóstico y 17 certifican especialización en área clínica relevante para el diagnóstico (96,9%), destacando la participación de enfermeras especialistas en pediatría (29,4%) y salud mental (41,1%).

En los criterios específicamente relacionados con competencias profesionales sobre metodología enfermera se obtienen bajas puntuaciones tal y como puede comprobarse en la Tabla 38.

Tabla 38. Criterios de expertía acreditados por el grupo de expertas.

Criterios expertía	SÍ	NO
Doctorado en Enfermería con el desarrollo de una tesis relevante para el diagnóstico de interés (1 punto)	1 (3,0%)	32 (96,9%)
Investigación publicada sobre el diagnóstico o contenido relevante para el mismo (2 puntos)	5 (15,1%)	28 (84,8%)
Artículo publicado en el diagnóstico en una revista científica con revisores (2 puntos)	1 (3,0%)	32 (96,9%)
Tesis doctoral sobre diagnósticos (2 puntos)	7 (21,2%)	26 (78,7%)

Análisis comparativo entre ambos grupos

Se procedió a analizar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de enfermeras, expertas según criterios Ferhing y no expertas.

En relación con los datos de caracterización de la muestra destacar que no existen diferencias significativas respecto al sexo, la edad, los años de experiencia como enfermera, la especialización y su participación en asociaciones científicas.

Tabla 39. Datos de caracterización de ambos grupos.

Datos caracterización	Expertas	No Expertas
Mujeres	25 75,8%	22 75,9%
Edad	\bar{x} 47,42 DE 12,09	\bar{x} 44,24 DE 12,00
Años experiencia como enfermera	\bar{x} 24,88 DE 11,6	\bar{x} 20,34 DE 12,09
Ámbito ejercicio profesional: asistencia	10 30,3%	22 75,9%
Diplomatura/Grado	0 0%	6 20,7%
Doctorado	33 100%	0 0%
Especialidad	18 54,5%	18 62,1%
Años transcurridos desde que finalizó estudios de nivel académico superior	\bar{x} 5,5 DE 4,4	\bar{x} 16,6 DE 14,46
Miembro sociedad científica	20 (60,6%)	20 69%

Se encontraron diferencias estadísticas significativas respecto a la acreditación del título de Doctorado ($p=0,000$), la realización de tesis doctoral sobre diagnósticos enfermeros ($p=0,037$), la investigación en contenido relevante relacionado con el diagnóstico ($p=0,029$) tal y como puede objetivarse en la Tabla 40.

Tabla 40. Diferencias respecto a la acreditación entre ambos grupos ($n=62$).

	Expertas	No Expertas
Doctorado en Enfermería Chi-cuadrado 0,000 – Prueba exacta Fisher 0,000	33 100%	0 0%
Doctorado en Enfermería con el desarrollo de una tesis relevante para el diagnóstico de interés Chi-cuadrado 0,34 – Prueba exacta Fisher 0,53	1 3%	0 0%
Investigación publicada sobre el diagnóstico o contenido relevante para el mismo Chi-cuadrado 0,029 – Prueba exacta Fisher 0,037	5 15,2%	0 0%
Artículo publicado en el diagnóstico en una revista científica con revisores Chi-cuadrado 0,34 – Prueba exacta Fisher 0,53	1 3%	0 0%
Tesis doctoral sobre diagnósticos Chi-cuadrado 0,037 – Prueba exacta Fisher 0,041	7 21,2%	1 3,4%
Práctica clínica mínima de un año en un área relevante para el diagnóstico de interés Chi-cuadrado 0,47 – Prueba exacta Fisher 0,45	32 97%	27 93,1%
Certificación (especialización) en el área clínica relevante para el diagnóstico de interés Chi-cuadrado 0,57 – Prueba exacta Fisher 0,38	17 51,5%	17 58,6%

En relación a los datos obtenidos en la EPADE-7, la puntuación obtenida por el grupo de expertas alcanza los 37,42 (DE 5,58) frente a los 36,5 (DE 6,8) del grupo de enfermeras no consideradas como expertas según Ferhing, no se evidencian diferencias estadísticamente significativas ni respecto a la puntuación ni respecto a las dimensiones evaluadas. En la Figura 26 se muestra la comparación de resultados entre las diferentes muestras.

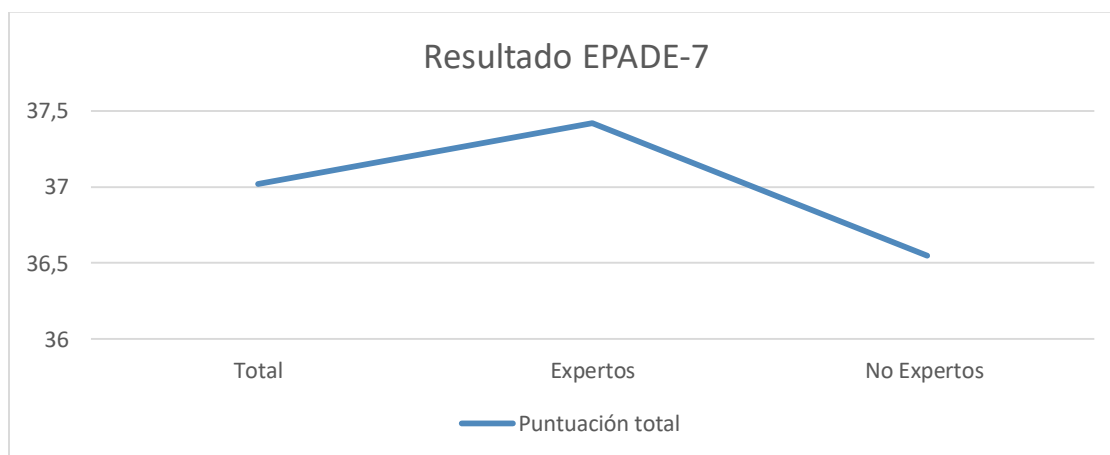


Figura 26. Comparación de los resultados de la EPADE-7 entre muestras.
Fuente: elaboración propia.

A continuación, en la Figura 27 se presentan los resultados por categorías analizados según la EPADE-7 y las diferencias existentes entre muestras.

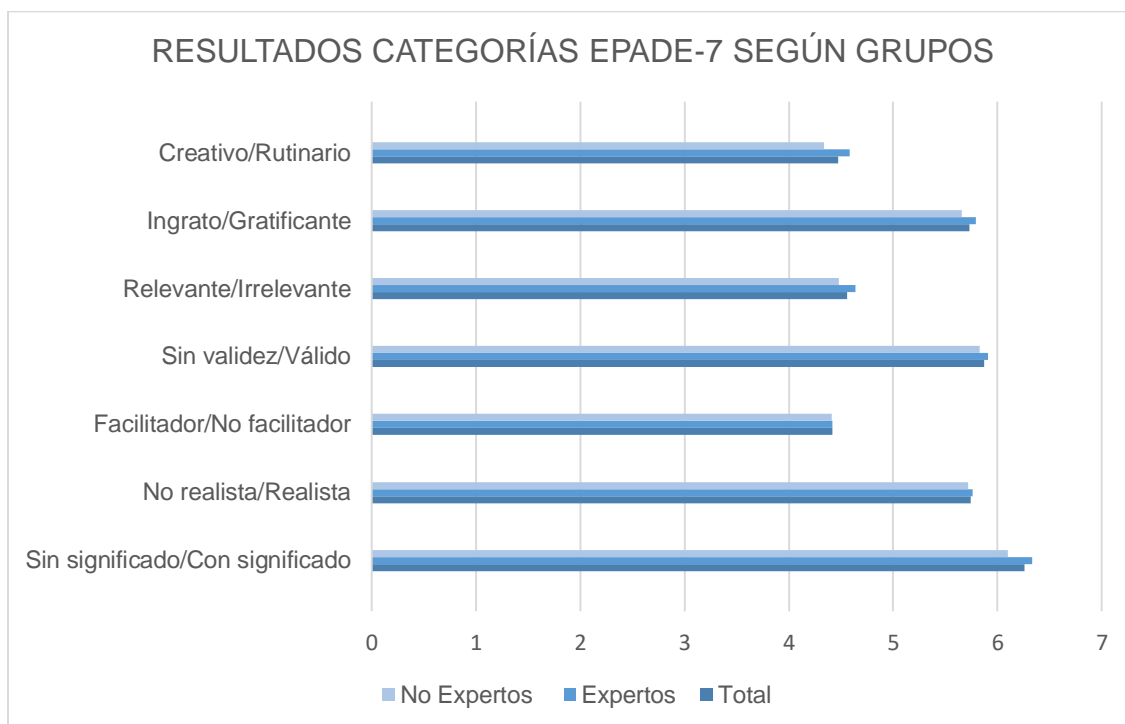


Figura 27. Resultados desglosados por categorías de la EPADE-7.

Fuente: elaboración propia.

A tenor de los resultados obtenidos en el análisis de variables relativas a competencias profesionales sobre metodología enfermera, se destaca que las enfermeras expertas se encuentran más familiarizadas y utilizan en mayor medida el lenguaje estandarizado NNN, han realizado más formación y actividades docentes e investigadoras, así como participan en jornadas y congresos. No obstante, solamente se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre las enfermeras expertas y las no expertas respecto a la asistencia a jornadas y congresos (Fisher: 0,049).

Validación de contenido del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental*

Los resultados específicos relativos a la validación de contenido del diagnóstico a partir del estudio de los diferentes elementos del diagnóstico (etiqueta, definición y factores de riesgo) se presentarán en el orden que se expone a continuación:

1. *Grado de diagnosticidad*, validez de contenido de la etiqueta y de la definición del diagnóstico NANDA.

2. Estudio del grado de acuerdo respecto a la clasificación factores de riesgo en la taxonomía NANDA 2015-2017.
3. Coeficiente ponderado de los factores de riesgo del diagnóstico.
4. Índice de validación de contenido del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* de la taxonomía NANDA 2015-2017.
5. Factores de riesgo propuestos para validación.
6. Variaciones del diagnóstico respecto a la taxonomía NANDA 2018-2020.
7. Aportaciones enfermeras al análisis de contenido.

Grado de diagnosticidad, validez de contenido de la etiqueta y de la definición

En relación al *grado de diagnosticidad* o capacidad de intervención autónoma enfermera el grupo de enfermeras expertas (n=33) lo puntúa en 0,75, siendo ligeramente superior, 0,78 en la muestra total y aún más elevado en la muestra de enfermeras no expertas 0,81. Los valores decrecieron en entre rondas en todos los grupos consultados.

Los datos cualitativos obtenidos a partir de las observaciones y aportaciones de las enfermeras se reúnen en la Tabla 41.

Tabla 41. Aportaciones enfermeras respecto al grado de diagnosticidad

<p>∞ <i>Hay factores de riesgo que la enfermera puede trabajar con los padres de forma independiente, sobre todo lo relacionado con comportamientos, hábitos de salud, crecimiento y desarrollo, comunicación, relación. Hay otros factores complejos de abordar como son los relacionados con aspectos sociales. Estos factores han de abordarse de forma multi e interdisciplinar en donde la enfermera es un profesional más en el equipo de profesionales de la salud.</i></p>
<p>∞ <i>Mi respuesta sobre la capacidad de las enfermeras para intervenir de forma autónoma se refiere a los factores de riesgo y no a los problemas asociados, estos requieren intervenciones multiprofesionales.</i></p>
<p>∞ <i>La intervención con niños/adolescentes tiene que ser multidisciplinar (escuela, trabajo social, pediatría...) el diagnóstico autónomo debe tener relación con la intervención global.</i></p>

Respecto a la claridad de la etiqueta diagnóstica y su comprensibilidad por parte de las enfermeras, los resultados aportados por el grupo de expertas alcanzan el promedio de 0,62, situándose por encima del valor mínimo para poder confirmarse que el diagnóstico cuenta con una etiqueta que aporta claridad. Las puntuaciones otorgadas por la muestra total y por el grupo de enfermeras no expertas no alcanzan el valor mínimo de consenso (0,59 y 0,56 respectivamente). Los resultados fueron sensiblemente inferiores entre rondas.

La percepción de las enfermeras sobre la claridad de la etiqueta diagnóstica para las figuras parentales no alcanza en ningún caso el promedio mínimo esperado (0,60). En este caso, en todos los grupos analizados la muestra varía ligeramente al alza entre rondas y se iguala el consenso (0,53).

Los resultados muestran que de entre las otras posibles denominaciones sugeridas, la etiqueta *Riesgo de desempeño ineficaz del rol parental* es la aceptada por la mayor parte de la muestra, aumentando entre rondas su consideración. El 63,6 % de las enfermeras expertas se inclina por esta opción frente al 53,6% de las enfermeras no expertas.

En segunda opción, las enfermeras se decantan por la etiqueta *Riesgo de desempeñar rol parental positivo*, en este caso el 32,1% de las enfermeras no expertas son las que valoran en mayor medida esta posible denominación frente al 21,2% de las expertas. En general, la deferencia hacia esta etiqueta aumenta entre rondas de consulta, manteniéndose en el mismo porcentaje entre las enfermeras expertas, en las cuales, por el contrario, aumenta del 3% al 12,1% el índice de respuesta de la etiqueta *Riesgo para desarrollar rol parental positivo*.

La denominación propuesta *Riesgo para desarrollar rol parental* disminuye de manera considerable la tasa de respuesta, pasando del 21,2% a solamente el 3% entre las enfermeras expertas y de manera similar en los otros dos grupos analizados.

Se consultó respecto a la opinión de las enfermeras en relación con una posible modificación de la etiqueta y las consideraciones asociadas, en la Tabla 42 se recogen los principales discursos aportados por las enfermeras.

Tabla 42. Aportaciones enfermeras sobre la etiqueta.

Aportaciones enfermeras sobre la etiqueta	
∞	<i>Riesgo de deterioro del rol parental.</i>
∞	<i>Riesgo de deterioro del cuidado parental.</i>
∞	<i>Riesgo para ejercer el rol parental positivo.</i>
∞	<i>Riesgo de desempeño inefectivo del rol parental.</i>

∞ <i>Alteración del rol parental.</i>
∞ <i>Riesgo para el desempeño rol parental positivo.</i>
∞ <i>No estoy de acuerdo con ninguna de las propuestas.</i>
∞ <i>No, la que he señalado me gusta por la incorporación del término de Parentalidad Positiva.</i>
∞ <i>Riesgo en cumplir el rol parental.</i>
∞ <i>Riesgo para desarrollar el rol familiar positivo.</i>
∞ <i>Riesgo para ejercer el rol parental positivo. Entiendo el verbo "ejercer" como un verbo de acción, de cumplimiento, de responsabilidad; en el que no hay medias tintas y el padre ha de poder ejercer su papel y los demás han de permitirle ejercer su papel.</i>
∞ <i>Me pregunto si "del rol" es adecuado, si se refiere la implicación por parte de los padres únicamente, o se encuentran implícitos otros factores.</i>
∞ <i>Opino que la definición parece centrarse únicamente en el entorno.</i>
∞ <i>Alteración del rol parental. Quizá tuviera sentido tener varias etiquetas diagnósticas más específicas para un deterioro más estable en el tiempo (ej. Nunca ha habido un adecuado rol parental) y otro más reactivo a situaciones estresantes (ej. Deterioro del rol relacionado con enfermedad parental).</i>
∞ <i>En la etiqueta "... desempeño ineficaz del rol parental", se tiene que dar por hecho que el "rol parental" es el adecuado, además de definir claramente en qué consiste ese rol parental.</i>
∞ <i>No estoy de acuerdo con ninguna de las propuestas El foco del diagnóstico es "parental" si se introduce el término "rol" deberíamos modificar el núcleo y este cambio implicaría la modificación de otros 3 diagnósticos que contienen el mismo foco y que están incluidos en la clasificación.</i>
∞ <i>No, la que he señalado me gusta por la incorporación del término de parentalidad positiva. El término "incapacidad" me crea problemas ya que prefiero el término "dificultad".</i>
∞ <i>Riesgo en cumplir el rol parental. Nos falta definir las cosas de forma más clara y más sencilla.</i>
∞ <i>Riesgo para desarrollar el rol familiar positivo.</i>

Del análisis de la definición (grado de acuerdo, claridad, coherencia) se obtienen los siguientes resultados:

- ∞ Se confirma acuerdo respecto a la definición, en menor medida en el grupo de enfermeras expertas (0,62), aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.
- ∞ Existe consenso entre las enfermeras en la consideración de que la definición resulta lo suficientemente clara al superar el valor mínimo necesario establecido en 0,60. El grupo de enfermeras no expertas considera que es más

clara que el grupo de enfermeras expertas, alcanzando unos valores de 0,68 y 0,62 respectivamente.

En relación con la coherencia existente entre la etiqueta y la definición diagnóstica, el promedio del grupo de expertas se sitúa en 0,57, por debajo del valor 0,60, disminuyendo ligeramente entre ambas rondas. El grupo de no expertas y la muestra total sí superan este valor, concretamente 0,67 y 0,62, en este caso se objetiva aumento entre rondas.

En las rondas de consulta, se propusieron dos definiciones alternativas para su consideración e incluso la posibilidad de no decantarse por ninguna de estas. En relación con este parámetro, destacar que la propuesta 1 *Vulnerabilidad del cuidador principal para establecer vínculo seguro y crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño/a o adolescente, su bienestar y la salud familiar* fue la más aceptada por el grupo de expertas (81,8%), aumentando entre rondas y de manera más clara en este grupo. La propuesta 2 alcanzó un 21,2% de aceptación por las enfermeras expertas en la ronda inicial de consulta; posteriormente en ningún caso alcanzó el 20% de aceptación. En la ronda de consulta final las enfermeras expertas se decantaron por la propuesta 1 o la propuesta 2, no considerando otras posibles definiciones alternativas. En la Tabla 43 se recopilan las aportaciones enfermeras al respecto.

Tabla 43. Aportaciones enfermeras respecto a la definición del diagnóstico.

Aportaciones enfermeras respecto a la definición del diagnóstico
∞ Utilizar un lenguaje no androcéntrico.
∞ Vulnerabilidad es un término comprensible para el profesional, pero puede ser dudoso para la comprensión del receptor del diagnóstico.
∞ La palabra "vulnerabilidad", quizá podría sustituirse por "dificultad".
∞ Creo que en la definición se debe incluir la perspectiva de género. Puesto que las personas cuidadoras suelen ser mujeres. Utilizar el género masculino invisibiliza a las mujeres. Quedaría mejor "persona cuidadora principal".
∞ Vulnerabilidad del padre/madre/cuidador principal para establecer un vínculo seguro y crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño/a o adolescente, su bienestar y la salud familiar.

∞	<i>No entiendo por qué tu propuesta incluye adolescente. En la versión original de la clasificación considera los términos Infant/child. Tal vez esta inclusión de esta etapa vital requiera modificar los factores de riesgo, así como la población de riesgo y las condiciones asociadas de este diagnóstico.</i>
∞	<i>Vulnerabilidad del cuidador principal para generar un entorno y vínculo seguro que promueva...</i>
∞	<i>Las alternativas propuestas incluyen el establecimiento del vínculo seguro en la definición y me resulta confuso.</i>
∞	<i>En lugar de "a tener" yo pondría "de tener".</i>
∞	<i>Valoro la definición propuesta como más ajustada que estas propuestas, incluyendo el matiz de género (cuidador/a, niño/a).</i>
∞	<i>Me resulta más comprensible y estoy más de acuerdo con la definición del diagnóstico previa a la taxonomía 2018-2020.</i>
∞	<i>"Vulnerabilidad de la persona cuidadora para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño, que puede comprometer el bienestar del niño".</i>
∞	<i>Creo que es mejor que incluya la palabra "cuidador principal".</i>
∞	<i>Respecto a "figuras parentales" podía clarificar la definición, puede ser útil.</i>
∞	<i>Si la etiqueta hace referencia a ese rol, podría darse por hecho que hace referencia a los padres, excluyendo otras posibles situaciones (que lo esté desempeñando un tío, abuela, ...).</i>
∞	<i>La figura marental, suele ser la cuidadora principal. Importancia de utilizar lenguaje inclusivo en especial cuando se trata de cuidadoras</i>
∞	<i>Creo que el término "cuidador principal" recoge mejor la diversidad de personas (padres, abuelos, etc.) que por distintas situaciones desempeñan este rol.</i>
∞	<i>El cuidador de un niño puede ser padre, madre, tutor legal, pero existen otras figuras que, sin ser estos, pueden tener a su cargo al niño, por ejemplo, si lo cuida la abuela desde las 8 a la 18 h, esto se está dando. La enfermera tendría que valorar si esa abuela tiene competencias para realizar ese tipo de cuidado. La idea es la protección del niño a nivel general, no se habla de la protección de la abuela/cuidadora, porque para esto está el DxE "Riesgo de cansancio del rol de cuidador".</i>

En la línea de conocer sería procedente modificar el concepto *cuidador principal* por *figuras parentales* no se alcanza el valor mínimo de confiabilidad establecido en 0,60 por tanto. Aunque repunta ligeramente entre ambas rondas en la muestra total y la muestra de enfermeras expertas, desciende ligeramente entre las enfermeras expertas. En la Tabla 44 se recogen los comentarios realizados por las enfermeras en relación a esta consulta.

Tabla 44. Aportaciones enfermeras respecto a las figuras parentales/cuidador principal.

Aportaciones enfermeras respecto a las figuras parentales/cuidador principal	
∞	<i>Creo que es mejor que incluya la palabra "cuidador principal".</i>
∞	<i>Respecto a figuras parentales, podía clarificar la definición, puede ser útil.</i>

∞	<i>Si la etiqueta hace referencia a ese rol, podría darse por hecho que hace referencia a los padres, excluyendo otras posibles situaciones (que lo esté desempeñando un tío, abuela, ...).</i>
∞	<i>La figura marental, suele ser la cuidadora principal. Importancia de utilizar lenguaje inclusivo en especial cuando se trata de cuidadoras.</i>
∞	<i>Creo que el término "cuidador principal" recoge mejor la diversidad de personas (padres, abuelos, etc.) que por distintas situaciones desempeñan este rol.</i>
∞	<i>El cuidador de un niño puede ser padre, madre, tutor legal, pero existen otras figuras que sin ser estos, pueden tener a su cargo al niño, por ejemplo, si lo cuida la abuela desde las 8 a la 18 h, esto se está dando. La enfermera tendría que valorar si esa abuela tiene competencias para realizar ese tipo de cuidado. La idea es la protección del niño a nivel general, no se habla de la protección de la abuela/cuidadora, porque para esto está el DxE "Riesgo de cansancio del rol de cuidador".</i>
∞	<i>Puede generar confusión cuidador.</i>
∞	<i>Actualmente no se puede hablar de un cuidador en el caso de los niños y niñas.</i>
∞	<i>Creo que debería incluir ambos.</i>
∞	<i>"Persona que cuida" en vez de "cuidador principal".</i>
∞	<i>Hay que transmitir que la responsabilidad del cuidado del menor le corresponde a los padres o tutores legales. Cuidador principal queda en terreno de nadie.</i>
∞	<i>Tal vez sería mejor hablar de familia (donde tiene cabida múltiples opciones).</i>
∞	<i>Hay menores en protección por la Diputación, que sus cuidadores principales no son los progenitores. Puede ser un hogar, o un familiar abuelos, tíos,.. Hay conceptos teóricos, en que se entiende por figura parental a personas que no son los padres biológicos, pero habría que tener más generalizado el concepto.</i>
∞	<i>Considerado que el cuidador principal en un núcleo familiar no siempre son los padres (padre o madre). Por este motivo, creo que el DxE sería más completo que incluyera tanto a los padres como a otros miembros familiares que actúen como cuidadores principales. Para que fuera coherente, creo que el cambio de "parental" por "cuidador principal" debería realizarse tanto en la etiqueta como en la definición.</i>

Por último, ante la posible disyuntiva de si esta etiqueta diagnóstica puede generar rechazo por parte de las figuras parentales desde la percepción enfermera, los datos nuevamente no alcanzan el valor 0,60, por tanto, no es concluyente. La asociación del diagnóstico con una posible animadversión, por parte de las figuras parentales desciende entre rondas ligeramente, estableciéndose en 0,48 en el grupo de enfermeras expertas con una variación mínima respecto a la totalidad y el grupo de enfermeras no expertas, cuyo promedio es 0,47 en ambos casos.

Se recogieron datos de carácter cualitativo codificados como discursos que ilustran la opinión de las enfermeras en relación con el posible rechazo o animadversión asociado al diagnóstico. En la Tabla 45 pueden consultarse estos datos.

Tabla 45. Aportaciones enfermeras sobre posible rechazo por parte figuras parentales.

Aportaciones enfermeras sobre posible rechazo por parte de figuras parentales
∞ <i>Puede ser mal interpretado por los progenitores.</i>
∞ <i>La intromisión en el cuidado del niño y la educación genera rechazo por parte de los padres, es una agresión contra su intimidad familiar o así es entendido.</i>
∞ <i>Al ser de riesgo es adelantarse a un problema potencial y eso a veces puede ser mal recibido.</i>
∞ <i>Se puede ligar parental a la figura masculina y no a ambos, padre o madre o resto de familia.</i>
∞ <i>Quizás puedan no sentirse cómodos con el término aquellas las personas que sean tutores y su relación no tenga un vínculo familiar.</i>
∞ <i>Se puede poner en tela de juicio la labor de las figuras parentales.</i>
∞ <i>Podrían entender que ellos están haciendo algo más.</i>
∞ <i>La nomenclatura profesional puede resultar difícil de entender vista en un informe por los padres.</i>
∞ <i>Posible connotación negativa.</i>
∞ <i>Es posible que el diagnóstico genere rechazo porque se pone en cuestión la capacidad, a veces considerada innata, para cuidar o generar un ambiente adecuado para el desarrollo. Igualmente creo que el foco diagnóstico no es estigmatizante. Su uso si puede serlo si no se aplica con cuidado.</i>
∞ <i>Las figuras parentales que presentan están claras, ahora bien, que se puedan contemplar otras. Además, éstas estarían recogidas dentro del tutor legal.</i>
∞ <i>Creo que como todo diagnóstico debe validarse con el paciente/familia y por lo tanto ser una decisión consensuada. La cuestión resultaría problemática cuando se enunciase el diagnóstico y no se diera cuenta o justificara su inclusión en el plan de cuidados.</i>
∞ <i>La población en general no está familiarizada con estos términos, la falta de comprensión del término puede provocar actitudes defensivas o de rechazo.</i>
∞ <i>Según a qué aspectos pueda referir.</i>
∞ <i>Genera en los padres actitud de defensa y de distanciamiento.</i>
∞ <i>Es difícil que acepten que está en riesgo su capacidad de ejercer su rol de parental.</i>
∞ <i>Los padres pueden sentirse juzgados.</i>
∞ <i>Relacionado con el propio nombre del diagnóstico. Tal vez si se llamara "Riesgo del deterioro del núcleo familiar" podría ser más igualitario su lenguaje.</i>

∞ <i>Por sentirse cuestionados en los deberes parentales.</i>
∞ <i>Puede ser interpretado como una incapacidad para desempeñar el rol parental.</i>
∞ <i>Cuesta utilizar los diagnósticos en general.</i>
∞ <i>Es apropiado para el profesional sanitario, no tanto para los familiares de los pacientes.</i>
∞ <i>Creo que en un alta de enfermería, si apareciera, los padres podrían necesitar una explicación.</i>
∞ <i>Focalizando únicamente en el nombre de la etiqueta se desprende que se refiere exclusivamente al riesgo que sufren los padres, en tanto que cuidadores principales, de sufrir biopsicológicamente hablando a causa de situaciones de enfermedad de su hijo.</i>
∞ <i>Podría existir una negación de la realidad al mencionarlo explícitamente por parte del profesional a los padres, aunque pienso que no sería un rechazo total al tratarse de un riesgo e informarles de la posibilidad del apoyo de enfermería para trabajarlo junto a ellos.</i>
∞ <i>Los padres y madres suelen ser conscientes de sus limitaciones y creo que es positivo que su enfermera les ayude a resolver las dificultades existentes para evitar en la medida de lo posible los riesgos que están en juego en el desarrollo del rol parental.</i>

Realizado el análisis estadístico de variables entre el grupo de enfermeras expertas y no expertas no existen variaciones estadísticas significativas ($p > 0,05$). De manera puntual, en la ronda inicial, los valores mostrados por la prueba Chi-cuadrado de Pearson respecto a la variable *Claridad de la definición* fueron 0,03 pero se corrigieron con posterioridad.

Estudio del grado de acuerdo respecto a la clasificación factores de riesgo en la taxonomía 2015-2017

En la ronda inicial de consulta se analiza el consenso respecto a las categorías en las que se organizan los factores de riesgo y el orden establecido. En este caso, no existe acuerdo respecto a esta categorización, siendo el coeficiente ponderado inferior a 0,60. Los valores obtenidos a partir de las respuestas del grupo de expertas, no expertas y la totalidad de la muestra se igualan en algún caso o varían mínimamente (0,54, 0,54 y 0,53).

Paralelamente se preguntó respecto a una propuesta de clasificación alternativa: I) Niño/a, Adolescente, II) Sistema parental y III) Sistema Familiar / Entorno / Comunidad. En este sentido en todos los grupos se obtuvo acuerdo, alcanzando un promedio de 0,77.

En la Figura 28 se muestra la categorización de los factores de riesgo en la taxonomía 2015-2017 y la propuesta de clasificación sugerida.



Figura 28. Clasificación factores de riesgo taxonomías 2015-2017 y 2018-2020.

Fuente: elaboración propia.

Al realizarse la ronda posterior de consulta posteriormente a la publicación de la taxonomía 2018-2020 no aplica la realización de estas consultas puesto que habían sido reorganizados los factores de riesgo en otras categorías: Factores de riesgo, Población de riesgo y Problemas Asociados.

Se ofreció la oportunidad de realizar alguna aportación al respecto y estas fueron las respuestas obtenidas en relación con las categorías previamente establecidas en la taxonomía 2015-2017 y las categorías aprobadas en la taxonomía 2018-2020. Estos datos cualitativos se organizan en la Tabla 46 y en la Tabla 47 respectivamente.

Tabla 46. Aportaciones enfermeras sobre categorías propuestas a la taxonomía 2015-2017.

Aportaciones enfermeras sobre categorías propuestas a la taxonomía 2015-2017
∞ Lo veo bien.
∞ Depende a qué edad se considera niño/a. Si se entiende que niño puede ser desde un lactante, sin problema; sino podemos estar excluyendo a una franja importante.
∞ Me gustaba esta propuesta de categorización.
∞ Me parece más correcta esta categorización.
∞ Es una buena categorización la que se presentó
∞ Me parece muy adecuada la alternativa a la categorización.

∞ Considerable acuerdo
∞ Considerablemente de acuerdo. Quizá separaría el entorno del sistema familiar y comunidad, puesto que el entorno social ya se ve representado por dicho sistema familiar/comunidad.
∞ La opción planteada es razonable, pero habría que estratificar los factores de riesgo dentro de cada grupo, usando fácilmente una pirámide de Maslow desde los fisiológico hasta la autorrealización para obtener un sistema claro de afrontamiento de los resultados e intervenciones
∞ Incluiría el aspecto fisiológico, psicológico y social.
∞ Estoy de acuerdo.
∞ Es una categorización adecuada y fácilmente comprensible.
∞ En esta línea creo que en categorización actual de la taxonomía 2018-2020 todavía hay una limitación en cuanto al estudio del entorno y comunidad como factor de riesgo importante para este diagnóstico.
∞ Considerable acuerdo.
∞ En mi opinión esa categorización complica el abordaje enfermero, las intervenciones necesarias a nivel comunitario no serían nunca autónomas para la enfermera, y estaríamos hablando de ¿comunidades que de forma cultural dificultan el establecimiento de vínculos positivos en la familia? No lo veo...
∞ Creo que esa categorización sería más adecuada y adaptada.

Tabla 47. Aportaciones enfermeras sobre categorías establecidas en taxonomía 2018-2020.

Aportaciones enfermeras sobre categorías propuestas a la taxonomía 2018-2020
∞ Parece ser más coherente esta nueva organización.
∞ Veo bien la nueva propuesta.
∞ Me parece bien que se incluya población de riesgo y problemas asociados.
∞ Me parece más idóneo distinguir factores de riesgo, población de riesgo y problemas asociados.
∞ He revisado, pero no puedo añadir. Creo que quedan claros.
∞ En el cambio con la nueva taxonomía se ha ganado en claridad, con un enfoque más centrado en la relación cuidador –receptor de cuidados y menos en la figura del cuidador como elemento central– que resultaba un mayor riesgo de estigma.
∞ Me gusta más la clasificación actual.
∞ Me parece bien.
∞ Muy de acuerdo con este desglose: factores de riesgo, población de riesgo, problemas asociados.
∞ Ninguna aportación.

Índice de contenido diagnóstico de los factores de riesgo del diagnóstico NANDA

Tal y como determina la metodología de validación, se procedió al cálculo del índice de contenido diagnóstico, coeficiente ponderado (CP), de cada uno de los factores de riesgo del total de la muestra, de las enfermeras legitimadas como expertas según Ferhing y de aquellas que no alcanzan esta distinción.

Se ha de considerar que en la segunda ronda se evaluaron los factores de riesgo de la taxonomía NANDA 2015-2017 y en la tercera los factores de riesgo, población de riesgo y problemas asociados descritos en la edición 2018-2020.

Un total de 63 factores de riesgo se mantuvieron sin cambios, desapareció en la edición del 2018-2020 el factor de riesgo *Separación de los padres* y se añadieron los siguientes:

- ∞ Cambios en el patrón de sueño (FR Parental)
- ∞ Antecedentes de abusos (PdR Lactante o niño)
- ∞ Antecedentes de traumatismo (PdR Lactante o niño)
- ∞ Incapacidad para poner las necesidades propias del niño por delante de las propias (FR Parental)

Estas modificaciones no pudieron anticiparse ni tampoco controlarse, alterando los elementos de análisis y el rigor metodológico esperado.

En la Tabla 48 se presenta el modelo diagnóstico de la taxonomía 2018-2020 con el índice de contenido diagnóstico obtenido en la tercera ronda del Delphi para cada uno de los factores de riesgo, población de riesgo y problemas asociados.

Tabla 48. Modelo diagnóstico y coeficiente ponderado de los factores de riesgo.

Coeficiente ponderado		Total	Expertas	No Expertas
		CP	CP	CP
FR Lactante o niño	Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas de los padres	0,65	0,65	0,64
	Separación prolongada de los padres	0,67	0,65	0,68
FR Parental	Acceso insuficiente a recursos	0,60	0,59	0,61
	Aislamiento social	0,73	0,70	0,76
	Apoyo social insuficiente	0,67	0,65	0,69
	Baja autoestima	0,62	0,57	0,68
	Cambios en el patrón de sueño	0,58	0,50	0,66
	Cohesión familiar insuficiente	0,70	0,71	0,70
	Conflicto entre la pareja	0,71	0,68	0,74
	Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño	0,65	0,65	0,64
	Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño	0,71	0,72	0,69
	Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales	0,70	0,70	0,71
	Cuidado prenatal insuficiente	0,61	0,60	0,63
	Cuidados prenatales del último periodo de embarazo	0,55	0,56	0,54
	Depresión	0,74	0,73	0,75
	Deprivación del sueño	0,59	0,56	0,64
	Disposición para los cuidados del niño inadecuada	0,77	0,78	0,75
	Estrategias de afrontamiento ineficaces	0,75	0,71	0,78
	Estresores	0,66	0,63	0,70
	Expectativas no realistas	0,59	0,56	0,62
	Falta de implicación de la madre	0,74	0,76	0,72
	Falta de implicación del padre	0,77	0,75	0,68
Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro	0,65	0,65	0,66	
Habilidades de comunicación ineficaces	0,63	0,59	0,67	
Habilidades de resolución de problemas insuficientes	0,70	0,65	0,75	

	Incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias	0,66	0,67	0,65
	Modelo del rol parental insuficiente	0,73	0,73	0,73
	Patrón de sueño no reparador	0,56	0,51	0,61
	Preferencia por los castigos físicos	0,62	0,61	0,63
	Recursos insuficientes	0,59	0,56	0,62
	Respuesta insuficiente a las señales del niño	0,74	0,72	0,75
	Tensión en el desempeño del rol	0,72	0,70	0,74
	Transporte insuficiente	0,34	0,28	0,41
	Valoración insuficiente de la paternidad	0,57	0,53	0,61
Población de riesgo Lactante o niño	Antecedentes de abuso	0,75	0,56	0,75
	Antecedentes de traumatismo	0,59	0,56	0,64
	Género diferente del deseado	0,39	0,37	0,41
	Prematuridad	0,49	0,48	0,50
	Retraso en el desarrollo	0,54	0,53	0,57
	Temperamento difícil	0,61	0,60	0,61
Población de riesgo Parental	Alto número de embarazos	0,43	0,37	0,51
	Antecedentes de abusos	0,76	0,78	0,75
	Antecedentes de enfermedad mental	0,60	0,57	0,64
	Antecedentes de haber realizado abusos	0,79	0,78	0,80
	Antecedentes de mal uso de sustancias	0,67	0,68	0,66
	Cambios en la unidad familiar	0,48	0,44	0,53
	Desempleo	0,46	0,43	0,50
	Dificultades en el trabajo	0,48	0,42	0,56
	Dificultades legales	0,51	0,48	0,54
	Embarazo no deseado	0,66	0,61	0,72
	Embarazo no planificado	0,52	0,48	0,58
	Embarazos muy seguidos	0,36	0,32	0,40
	En desventaja económica	0,56	0,53	0,59

	Familia monoparental	0,30	0,25	0,35
	Juventud de los padres	0,51	0,50	0,52
	Nivel educativo bajo	0,43	0,43	0,43
	Partos múltiples	0,40	0,41	0,39
	Preparación cognitiva insuficiente para la paternidad	0,52	0,52	0,53
	Procesos de parto difíciles	0,35	0,33	0,37
	Traslados	0,37	0,34	0,40
Problemas asociados Lactante o niño	Alteración de las capacidades perceptuales	0,46	0,43	0,50
	Enfermedad crónica	0,49	0,46	0,51
	Problema discapacitante	0,52	0,50	0,58
	Trastorno conductual	0,72	0,72	0,72
Problemas asociados Parental	Alteración del funcionamiento cognitivo	0,60	0,59	0,61
	Enfermedad física	0,51	0,48	0,55
	Problema discapacitante	0,56	0,47	0,62

Del total de factores de riesgo evaluados (n=67) y en relación con los resultados obtenidos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de muestras excepto en los factores de riesgo: *Afección discapacitante* (p=0,02), *Aislamiento social* (p=0,02), *Autoestima baja* (p=0,02) y *Transporte inadecuado* (p=0,004).

Factores de riesgo críticos y a descartar para la validación de contenido

Previo al cálculo del índice de validación de contenido (VCD), se procedió a identificar según establece la metodología prevista los factores de riesgo críticos (CP>0,75) y a descartar (CP<0,50) que conforman el modelo diagnóstico. En la Tabla 49 se incluyen los factores de riesgo críticos y a descartar según los planteamientos de Ferhing tras su identificación a partir del VCD.

Para el cálculo de la validación de contenido según las modificaciones sugeridas por Sparks y Lien-Gieschen (1994) se hallaron en este caso los factores de riesgo mayores, (CP comprendido entre 0,8 y 1) y los factores de riesgo menores (CP puntuación comprendida entre 0,6 y 0,79). En este caso se consideran factores de riesgo a descartar aquellos que no alcanzaron CP superior a 0,6. En la Tabla 50 se organizan los factores de riesgo mayores, menores y a descartar según las aportaciones de Sparks y Lien-Gieschen.

Tabla 49. Factores de riesgo críticos y a descartar según Ferhing.

Factores de riesgo críticos y a descartar según Ferhing					
Total muestra		Expertas		No expertas	
Críticos	A descartar	Críticos	A descartar	Críticos	A descartar
1. Antecedentes de haber realizado abusos	1. Transporte insuficiente	1. Disposición para los cuidados del niño inadecuada	1. Transporte insuficiente	1. Aislamiento social	1. Transporte insuficiente
2. Disposición para los cuidados del niño inadecuada	2. Género diferente al deseado	2. Falta de implicación de la madre	2. Género diferente al deseado	2. Estrategias de afrontamiento ineficaces	2. Género diferente al deseado
3. Antecedentes de abuso	3. Prematuridad	3. Antecedentes de haber realizado abusos	3. Prematuridad	3. Antecedentes de haber realizado abusos	3. Embarazos muy seguidos
	4. Alto número de embarazos		4. Alto número de embarazos		4. Familia monoparental
	5. Cambios en la unidad familiar		5. Cambios en la unidad familiar		5. Nivel educativo bajo
	6. Dificultades en el trabajo		6. Dificultades en el trabajo		6. Partos múltiples
	7. Embarazos muy seguidos		7. Dificultades legales		7. Procesos de parto difíciles
	8. Familia monoparental		8. Embarazo no planificado		8. Traslados
	9. Nivel educativo bajo		9. Embarazos muy seguidos		
	10. Partos múltiples		10. Familia monoparental		
	11. Procesos de parto difíciles		11. Nivel educativo bajo		
	12. Traslados		12. Partos múltiples		
	13. Alteración de las capacidades perceptuales		13. Procesos de parto difíciles		
	14. Enfermedad crónica		14. Traslados		
			15. Alteración de las capacidades perceptuales		
			16. Enfermedad crónica		
			17. Enfermedad física		
			18. Problema discapacitante		

Tabla 50. Factores de riesgo mayores, menores y a descartar según Sparks y Lien-Gieschen.

Factores de riesgo mayores Sparks y Lien-Gieschen		
Total muestra	Expertas	No expertas
Ninguno	Ninguno	Antecedentes de haber realizado abusos
Factores de riesgo menores Sparks y Lien-Gieschen		
Total muestra	Expertas	No expertas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas de los padres 2. Separación prolongada de los padres 3. Acceso insuficiente a recursos 4. Aislamiento social 5. Apoyo social insuficiente 6. Baja autoestima 7. Cohesión familiar insuficiente 8. Conflicto entre la pareja 9. Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño 10. Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño 11. Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales 12. Cuidado prenatal insuficiente 13. Depresión 14. Disposición para los cuidados del niño inadecuada 15. Estrategias de afrontamiento ineficaces 16. Estresores 17. Falta de implicación de la madre 18. Falta de implicación del padre 19. Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas de los padres 2. Separación prolongada de los padres 3. Aislamiento social 4. Apoyo social insuficiente 5. Cohesión familiar insuficiente 6. Conflicto entre la pareja 7. Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño 8. Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño 9. Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales 10. Cuidado prenatal insuficiente 11. Depresión 12. Disposición para los cuidados del niño inadecuada 13. Estrategias de afrontamiento ineficaces 14. Estresores 15. Falta de implicación de la madre 16. Falta de implicación del padre 17. Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro 18. Habilidades de resolución de problemas insuficientes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conflicto entre el temperamento del niño y las expectativas de los padres 2. Separación prolongada de los padres 3. Acceso insuficiente a recursos 4. Aislamiento social 5. Apoyo social insuficiente 6. Baja autoestima 7. Cambios en el patrón de sueño 8. Cohesión familiar insuficiente 9. Conflicto entre la pareja 10. Conocimiento insuficiente sobre el desarrollo del niño 11. Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la salud del niño 12. Conocimiento insuficiente sobre las habilidades parentales 13. Cuidado prenatal insuficiente 14. Depresión 15. Deprivación del sueño 16. Disposición para los cuidados del niño inadecuada 17. Estrategias de afrontamiento ineficaces 18. Estresores 19. Expectativas no realistas 20. Falta de implicación de la madre

<ul style="list-style-type: none"> 20. Habilidades de comunicación ineficaces 21. Habilidades de resolución de problemas insuficientes 22. Incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias 23. Modelo del rol parental insuficiente 24. Preferencia por los castigos físicos 25. Respuesta insuficiente a las señales del niño 26. Tensión en el desempeño del rol 27. Temperamento difícil 28. Antecedentes de abusos 29. Antecedentes de enfermedad mental 30. Antecedentes de haber realizado abusos 31. Antecedentes de mal uso de sustancias 32. Embarazo no deseado 33. Trastorno conductual 34. Alteración del funcionamiento cognitivo 	<ul style="list-style-type: none"> 19. Incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias 20. Modelo del rol parental insuficiente 21. Preferencia por los castigos físicos 22. Respuesta insuficiente a las señales del niño 23. Tensión en el desempeño del rol 24. Temperamento difícil 25. Antecedentes de abusos 26. Antecedentes de haber realizado abusos 27. Antecedentes de mal uso de sustancias 28. Embarazo no deseado 29. Trastorno conductual 	<ul style="list-style-type: none"> 21. Falta de implicación del padre 22. Fracaso en la provisión de un entorno doméstico seguro 23. Habilidades de comunicación ineficaces 24. Habilidades de resolución de problemas insuficientes 25. Incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias 26. Modelo del rol parental insuficiente 27. Patrón de sueño no reparador 28. Preferencia por los castigos físicos 29. Recursos insuficientes 30. Respuesta insuficiente a las señales del niño 31. Tensión en el desempeño del rol 32. Valoración insuficiente de la paternidad 33. Antecedentes de abuso 34. Antecedentes de traumatismo 35. Temperamento difícil 36. Antecedentes de abusos 37. Antecedentes de enfermedad mental 38. Antecedentes de mal uso de sustancias 39. Embarazo no deseado 40. Trastorno conductual 41. Alteración del funcionamiento cognitivo 42. Problema discapacitante
<p>Factores de riesgo a descartar Sparks y Lien-Gieschen</p>		
<ul style="list-style-type: none"> 1. Cambios en el patrón de sueño 2. Cuidados prenatales del último periodo de embarazo 3. Deprivación del sueño 4. Expectativas no realistas 5. Patrón de sueño no reparador 6. Recursos insuficientes 7. Transporte insuficiente 8. Valoración insuficiente de la paternidad 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Acceso insuficiente a recursos 2. Baja autoestima 3. Cambios en el patrón de sueño 4. Cuidados prenatales del último periodo de embarazo 5. Deprivación del sueño 6. Expectativas no realistas 7. Habilidades de comunicación ineficaces 8. Patrón de sueño no reparador 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Cuidados prenatales del último periodo de embarazo 2. Transporte insuficiente 3. Género diferente del deseado 4. Prematuridad 5. Retraso en el desarrollo 6. Alto número de embarazos 7. Cambios en la unidad familiar 8. Desempleo

<ul style="list-style-type: none"> 9. Antecedentes de traumatismo 10. Género diferente del deseado 11. Prematuridad 12. Retraso en el desarrollo 13. Alto número de embarazos 14. Cambios en la unidad familiar 15. Desempleo 16. Dificultades en el trabajo 17. Dificultades legales 18. Embarazo no planificado 19. Embarazos muy seguidos 20. En desventaja económica 21. Familia monoparental 22. Juventud de los padres 23. Nivel educativo bajo 24. Partos múltiples 25. Preparación cognitiva insuficiente para la paternidad 26. Procesos de parto difíciles 27. Traslados 28. Alteración de las capacidades perceptuales 29. Enfermedad crónica 30. Problema discapacitante 31. Enfermedad física 32. Problema discapacitante 	<ul style="list-style-type: none"> 9. Recursos insuficientes 10. Transporte insuficiente 11. Valoración insuficiente de la paternidad 12. Antecedentes de abuso 13. Antecedentes de traumatismo 14. Género diferente del deseado 15. Prematuridad 16. Retraso en el desarrollo 17. Alto número de embarazos 18. Antecedentes de enfermedad mental 19. Cambios en la unidad familiar 20. Desempleo 21. Dificultades en el trabajo 22. Dificultades legales 23. Embarazo no planificado 24. Embarazos muy seguidos 25. En desventaja económica 26. Familia monoparental 27. Juventud de los padres 28. Nivel educativo bajo 29. Partos múltiples 30. Preparación cognitiva insuficiente para la paternidad 31. Procesos de parto difíciles 32. Traslados 33. Alteración de las capacidades perceptuales 34. Enfermedad crónica 35. Problema discapacitante 36. Alteración del funcionamiento cognitivo 37. Enfermedad física 38. Problema discapacitante 	<ul style="list-style-type: none"> 9. Dificultades en el trabajo 10. Dificultades legales 11. Embarazo no planificado 12. Embarazos muy seguidos 13. En desventaja económica 14. Familia monoparental 15. Juventud de los padres 16. Nivel educativo bajo 17. Partos múltiples 18. Preparación cognitiva insuficiente para la paternidad 19. Procesos de parto difíciles 20. Traslados 21. Alteración de las capacidades perceptuales 22. Enfermedad crónica 23. Problema discapacitante 24. Enfermedad física
--	--	--

De este análisis puede estimarse el valor atribuido a los diferentes *factores de riesgo*, *población de riesgo* y *problemas asociados* y la validación de cada elemento. Estos datos se recopilan en la Tabla 51.

Tabla 51. Nivel de significación de los factores de riesgo del diagnóstico.

		Total	Expertas	No Expertas
Ferhing	Críticas	3 (4,47%)	3 (4,47%)	3 (4,47%)
	A descartar	14 (20,89%)	18 (26,86%)	8 (11,94%)
Sparks y Lien-Giesch	Mayores	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,49%)
	Menores	34 (50,74%)	29 (43,28%)	42 (62,68%)
	A descartar	32 (47,76%)	38 (56,71%)	24 (35,82%)

Índice de validez de contenido del diagnóstico *Riesgo de deterioro parental*

Se procedió a calcular el índice de validez de contenido diagnóstico siguiendo el modelo de validación de contenido (*Diagnostic Content Validation Model, DVC*), tras haber obtenido la opinión de las enfermeras, el índice de contenido diagnóstico de cada factor de riesgo, población de riesgo y problema asociado, descartadas aquellos elementos que no alcanzaron puntuaciones requeridas se realizó el cálculo aritmético estimado consistente en hallar la media del índice de contenido de diagnóstico de los elementos validados.

El cálculo se realizó en cada una de las rondas del estudio Delphi siguiendo los postulados de Ferhing, pero también atendiendo a la modificación propuesta por Sparks y Lien-Gieschen (1994).

El índice de validez de contenido del diagnóstico NANDA *Riesgo de deterioro parental* a partir del consenso de enfermeras españolas expertas según los criterios de Ferhing durante el periodo 2018-2020 es 0,63. Según las modificaciones de Sparks y Lien-Gieschen el índice de validez de contenido es de 0,68.

En la Tabla 52 se presenta el *índice de validez de contenido diagnóstico* desglosada por grupos de enfermeras estudiados y metodología aplicada.

Tabla 52. Índice de validación de contenido diagnóstico (VCD).

Índice de validación de contenido diagnóstico (VCD)					
Total		Expertas		No Expertas	
Fehring	Sparks y Lien-Gieschen	Fehring	Sparks y Lien-Gieschen	Fehring	Sparks y Lien-Gieschen
0,64	0,68	0,63	0,68	0,64	0,70

Factores de riesgo propuestos para validación

De acuerdo con el modelo propuesto por Fehring se incluyeron factores de riesgo adicionales durante el desarrollo de la técnica Delphi, con el propósito de controlar la aleatorización en respuesta y conocer la opinión de las enfermeras en relación con otros factores que pueden inferir en el fenómeno.

De este modo, revisada la literatura científica se decidió incluir un total de 25 factores de riesgo adicionales, algunos de ellos guardan especial similitud e incluso redundancia con los aprobados en el marco del diagnóstico.

La relación en orden alfabético de los factores de riesgo propuestos a validación fue:

1. Alteraciones emocionales
2. Antecedentes de violencia intrafamiliar
3. Crisis
4. Complicaciones en la recuperación postparto
5. Déficit habilidades sociales (niño/a/adolescente)
6. Déficit de oportunidades para desempeñar el rol parental
7. Dificultades de comunicación intrafamiliar
8. Dificultades en el aprendizaje
9. Dificultades para establecer vínculo filio-parental
10. Dificultades para la conciliación familiar
11. Discrepancias parentales con otras personas (familiares, profesionales)
12. Distorsiones cognitivas
13. Estereotipos de género
14. Expectativas insatisfechas
15. Factores socioculturales

16. Familia reconstituida/desestructurada/disfuncional
17. Familias vulnerables
18. Fatiga/Cansancio
19. Nacimiento primer hijo
20. Pobreza
21. Proceso de adopción
22. Proceso migratorio
23. Tendencia a la sobreprotección

A continuación, en la Tabla 53 se recopilan los hallazgos más significativos.

Tabla 53. Categorización de los factores propuestos a validación según modelo de Ferhing.

Categorización de los factores propuestos a validación según modelo de Ferhing		
Total muestra	Críticos	Antecedentes de violencia intrafamiliar
	Menores	Alteraciones emocionales Crisis Déficit habilidades sociales (niño/a/adolescente) Déficit de oportunidades para desempeñar el rol parental Dificultades de comunicación intrafamiliar Dificultades en el aprendizaje Dificultades para establecer vínculo filio-parental Dificultades para la conciliación familiar Distorsiones cognitivas Expectativas insatisfechas Factores socioculturales Familia reconstituida/desestructurada/disfuncional Familias vulnerables Fatiga/Cansancio Pobreza Proceso migratorio Tendencia a la sobreprotección
	A descartar	Complicaciones en la recuperación postparto Discrepancias parentales con otras personas (familiares, profesionales) Estereotipos de género Nacimiento primer hijo Proceso de adopción
Expertas	Críticos	Antecedentes de violencia intrafamiliar
	Menores	Alteraciones emocionales Crisis Déficit habilidades sociales (niño/a/adolescente) Déficit de oportunidades para desempeñar el rol parental Dificultades de comunicación intrafamiliar Dificultades para establecer vínculo filio-parental Dificultades para la conciliación familiar Discrepancias parentales con otras personas (familiares, profesionales) Distorsiones cognitivas Expectativas insatisfechas

		Factores socioculturales Familia reconstituida/desestructurada/disfuncional Familias vulnerables Pobreza Tendencia a la sobreprotección
	A descartar	Complicaciones en la recuperación postparto Dificultades en el aprendizaje Estereotipos de género Fatiga/Cansancio Nacimiento primer hijo Proceso de adopción Proceso migratorio
No expertas	Críticos	Antecedentes de violencia intrafamiliar
	Menores	Crisis Alteraciones emocionales Déficit intrafamiliar Dificultades en el aprendizaje Dificultades para establecer vínculo filio-parental Dificultades para la conciliación familiar habilidades sociales (niño/a/adolescente) Déficit de oportunidades para desempeñar el rol parental Dificultades de comunicación Distorsiones cognitivas Estereotipos de género Expectativas insatisfechas Factores socioculturales Fatiga/Cansancio Pobreza Proceso migratorio Tendencia a la sobreprotección
	A descartar	Complicaciones en la recuperación postparto Discrepancias parentales con otras personas (familiares, profesionales) Nacimiento primer hijo Proceso de adopción

Aportaciones enfermeras al análisis de validez de contenido

De manera voluntaria las enfermeras participantes plasmaron sus opiniones personales y otras apreciaciones sobre el fenómeno y sobre los factores de riesgo. Estas reflexiones ser recopiladas en la Tabla 54 y la Tabla 55 respectivamente.

Tabla 54. Aportaciones enfermeras respecto al fenómeno de estudio.

Aportaciones enfermeras respecto al fenómeno de estudio	
∞	<i>Es complejo su análisis porque es necesario valorarlo desde diferentes ópticas.</i>
∞	<i>La aceptación del niño como alguien importante en la familia es fundamental.</i>
∞	<i>Muchas gracias por aportar luz a los cuidados en algo tan complejo como el deterioro parental.</i>
∞	<i>En la adaptación española debería tener en cuenta la perspectiva de género.</i>
∞	<i>Depende a qué edad se considera niño/a. Si se entiende que niño puede ser desde un lactante, sin problema; si no podemos estar excluyendo a una franja de edad importante.</i>

∞	<i>La diversidad y situación de las familias en el momento actual hace necesario incorporar el término que exprese que hay varias figuras parentales, de lo contrario ¿quién se adjudica el papel de cuidador principal?, solo estaría claro en las familias monoparentales.</i>
∞	<i>Creo que es necesario que queden reflejadas las características de la persona o personas cuidadoras, tanto fisiológicas como psicológicas. Lo social incluye a la familia, entorno y comunidad, pero es mucho más amplio, incluyendo otros factores que podrían actuar de etología.</i>
∞	<i>Hay preguntas que van enfocadas a "lo parental" y no a otros cuidadores por lo que habría que valorar en relación con la pregunta anterior si solo parental o cuidador. Por otro lado, hay preguntas que no queda claro si son solo antecedentes o si sigue en la actualidad, por ejemplo, consumos.</i>

Tabla 55. Aportaciones enfermeras respecto a los factores de riesgo.

Aportaciones enfermeras respecto a los factores de riesgo	
∞	<i>Algunos de los factores de riesgo han mejorado en la traducción realizada en la clasificación 2018-2020 de ahí que se facilite la mejor comprensión de los mismos. Por otro lado, no entiendo por qué introduces en tu pregunta el término "adolescente" es algo que no aparece en ningún lugar en la clasificación y entiendo que es una propuesta que tú haces y que bajo mi juicio puede generarte un sesgo en las respuestas. De nuevo sigues usando el término "Factores Relacionados" cuando no existen estos.</i>
∞	<i>Estamos hablando de Factores de Riesgo. Que ya han salido con la nueva edición 2018-2020. La "alteración de las capacidades perceptuales y problemas discapacitantes" son muy significativas en este diagnóstico, pero yo como enfermera NO puedo intervenir en ellas para eliminarlas, claro. Cuando señalo que estos Factores de Riesgo son "en absoluto indicativo" señalo que están totalmente relacionados con esa respuesta que da el cuidador principal, pero yo como enfermera estoy limitada.</i>
∞	<i>Yo introduciría como Factor de riesgo la sustitución del rol parental materno o paterno por parte de abuelas, con lo que ello constituye (edad avanzada, educación siguiendo criterios que pueden ser contradictorios a los de los padres, etc...).</i>
∞	<i>Encuentro una categoría de pacientes que pueden llevar a un riesgo de deterioro parental. Este grupo son los lactantes/niños que en su 2/3 años de vida tienen un diagnóstico de cronicidad de vida. Aquí hay dos patologías grandes Autismo, Parálisis cerebral. En algunos casos se incluye en la historia clínica como Trastorno Generalizado del Desarrollo. En algunos casos hay una prematuridad, pero esa no es la causa troncal. Queda muy estrecho para el trabajo dejarlo en "retraso en el desarrollo", porque su desarrollo es desde su paradigma propio. Para usar este diagnóstico, muy utilizado con esta parentalidad, usamos de todo lo que nos da el diagnóstico lo que más se acerca: temperamento difícil, problema. También podemos usar enfermedad crónica... Todo queda escaso y corto. Creo que una gran diferencia de comprensión es que son un trastorno neurológico. En este concepto diagnóstico médico de la infancia, sí queda incluido el retaso en el desarrollo, el autismo, la parálisis cerebral... y no nos quedamos con la conducta inmediata.</i>
∞	<i>No tengo claro a qué se refiere con "transporte insuficiente".</i>
∞	<i>Temperamento difícil, ¿del padre o del niño?.</i>
∞	<i>El término "temperamento difícil" Rothbart 1998 lo define "una serie de disposiciones individuales biológicamente determinantes que son relativamente consistentes a lo largo del tiempo". Creo que es un término con muy pocos consensos en los profesionales que intervienen en la infancia. Lo que empleamos con amplios consensos en conducta disruptiva.</i>
∞	<i>Muchas respuestas son muy difíciles de ajustar, pues se puede dar en la persona una actuación o por reacción a su experiencia, la contraria.</i>
∞	<i>Los factores relacionados, al ser tan abiertos, no es fácil señalar un ítem u otro.</i>
∞	<i>Hay preguntas que hablan de recursos, en algunas solo económicos y en otras mezcla los económicos con los de conocimientos.</i>
∞	<i>En el apartado familia vulnerable, opino que están incluidas pobreza, factores socioculturales (nivel educativo...), familia reconstituida, desestructurada, disfuncional. Opino que el concepto de Familia Vulnerable, permite trabajar desde la realidad de vulnerabilidad, que tiene varios factores y pueden ser cambiantes en el tiempo, permitiendo superar algunas áreas ejemplo la económica,</i>

<p><i>salud... y sigue su vulnerabilidad con respecto al apoyo social, cultura... para mi da muchas posibilidades de trabajo y permite varias causas de vulnerabilidad a la vez y poder ir mejorando en algunas, aunque la seguimos comprendiendo como vulnerable y con riesgo al deterioro parental.</i></p>
<p>∞ <i>Una familia reconstituida no tiene que ser forzosamente desestructurada/disfuncional.</i></p>
<p>∞ <i>Es necesario separar Familia reconstituida/desestructurada/disfuncional.</i></p>
<p>∞ <i>Expectativas insatisfechas/frente a expectativas poco realistas... aunque sean diferentes, entiendo que será muy difícil distinguir en una observación.</i></p>
<p>∞ <i>El ítem "Factores socioculturales (nivel educativo bajo, diversidad, exclusión social)" se puede pisar o solapar con otros de los propuestos que tengan que ver con factores sociales.</i></p>
<p>∞ <i>Me cuesta trabajo pensar que el sexo del bebé pueda ser un riesgo para que un padre/madre... sea incapaz de cuidar a su hijo. Aquí la cuestión cultural debe ser la clave.</i></p>
<p>∞ <i>Creo que en la identificación de la pertinencia de los factores relacionados es un riesgo el caer en prejuicios personales del propio profesional que evalúa la existencia o no del diagnóstico. No son criterios objetivos en muchos casos. Por ejemplo, entender que una familia monoparental es un factor de riesgo al mismo nivel que la pobreza o falta de recursos es muy atrevido e incluso discriminatorio.</i></p>
<p>∞ <i>Sigo insistiendo, contesto en relación a si la enfermera podría intervenir en mayor o menor grado para el control/vigilancia de ese Factor de Riesgo, si un niño nace prematuro de entrada NO puedo hacer nada, en relación al hecho. Sí en cómo los padres responder, es decir, mediante educación sanitaria sobre el cuidado del niño prematuro. No sé si estoy siendo clara.</i></p>
<p>∞ <i>No sé si los consideraría factores de riesgo: Déficit de oportunidades para desempeñar el rol parental; Estereotipos de género; Transporte inadecuado.</i></p>
<p>∞ <i>En mi opinión englobar familia reconstituida con disfuncional o desestructurada no tiene mucho sentido, son cosas diferentes. También pienso que las familias no son disfuncionales en sí, sino que, en un momento concreto del ciclo vital, están pasando por un momento disfuncional.</i></p>

La existencia de un diagnóstico enfermero de riesgo con trayectoria histórica en el contexto de la taxonomía NANDA-I desde 1978, se considera un valor en sí mismo, puesto que denota el interés de las enfermeras para ofrecer una respuesta a las necesidades de cuidados de las figuras parentales durante la transición y el ejercicio de la parentalidad.

Se destaca la mirada enfermera hacia el cuidado holístico centrado en los aspectos psicosociales de la salud, el autocuidado de las personas y el cuidado de dependientes y la salud familiar.

En el marco del proceso enfermero se constituye como un recurso imprescindible para diagnosticar, tras la valoración enfermera, aquellas situaciones en las que las personas se encuentran en situación de desempeñar positivamente el rol parental.

El diagnóstico cuenta con evidencia científica asociada e incluso con herramientas asociadas para precisar su formulación a modo de escalas de evaluación del ejercicio parental, la percepción de eficacia parental, el estrés parental, entre otras.

Además, correlaciona con otros LEE tales como la taxonomía de resultados enfermeros NOC y la taxonomía de intervenciones enfermeras NIC, constituyendo todo un *corpus* teórico de conocimiento que facilita el proceso de planificación de cuidados.

El diagnóstico forma parte de una estructura complementaria de diagnósticos enfermeros del dominio Rol/Relaciones y la clase Roles de Cuidador que comparten el foco de la parentalidad y permiten describir diferentes situaciones de cuidado diferenciadas según sean situaciones de promoción de la salud, reales o de riesgo, lo que le confiere una mayor relevancia.

La extensión del diagnóstico, gracias al estatus de la NANDA y la internalización del lenguaje a nivel internacional, le confiere especial trascendencia constituyéndose como un recurso disponible para las enfermeras de todo el mundo especialmente interesante en el cuidado de la familia desde las diferentes especialidades y/o ámbitos del cuidado.

El fenómeno asociado al diagnóstico puede explicarse desde el modelo del Autocuidado de D. Orem y desde el modelo de Promoción de la Salud de A. Antonosky y atiende a condiciones/necesidades de salud que son identificadas como una prioridad en el marco de las políticas sociosanitarias, tal y como demuestra el Informe sobre la Parentalidad en la Europa Contemporánea, entre otros.

Esto es así porque la Parentalidad se reconoce como un Determinante Social de la Salud de especial significado respecto a la Salud Familiar y, por ende, a Salud de las personas, objetivo reconocido en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030 para el Desarrollo Humano.

Más allá del objetivo *Salud y Bienestar*, mediante el diagnóstico *Riesgo de Deterioro Parental*, las enfermeras también pueden contribuir a mejorar el Desarrollo Humano desde los objetivos Fin de la Pobreza, Igualdad de Género, Reducción de las Desigualdades y Alianzas para lograr los Objetivos.

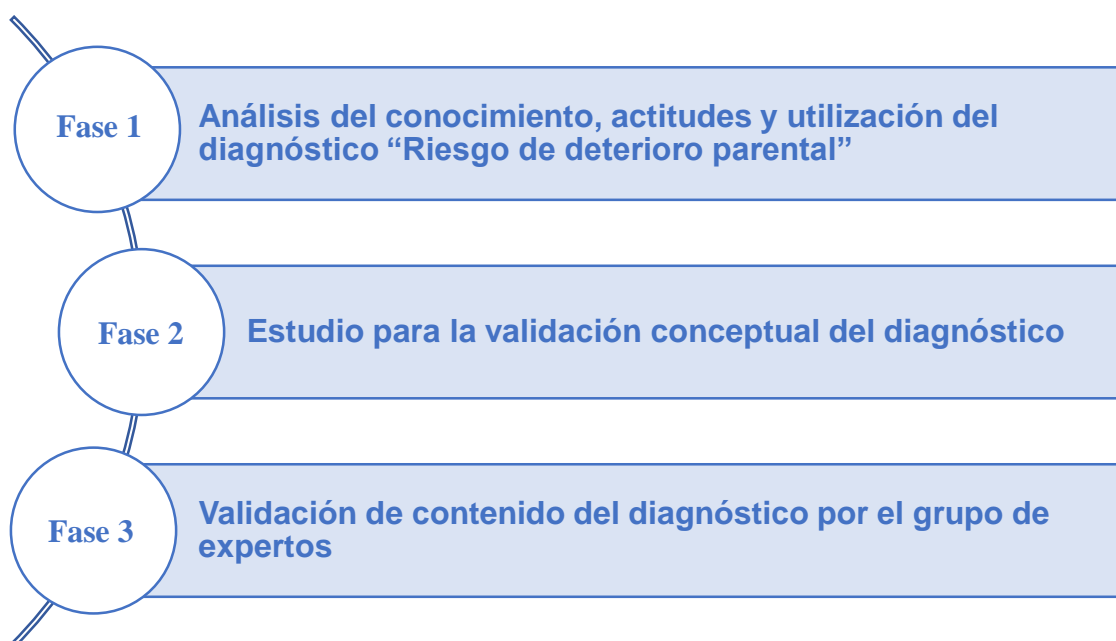
Desde el estudio realizado, y teniendo en consideración las fortalezas identificadas, se evidencian como debilidades principales asociadas al diagnóstico las siguientes:

- ∞ Escaso reconocimiento y consideración de uso del diagnóstico en el marco de la taxonomía NANDA-I.
- ∞ Déficit de conocimientos respecto a metodología enfermera y LEE.
- ∞ Resistencias y barreras en el uso de diagnósticos enfermeros en la práctica clínica.
- ∞ Insuficiente implementación de la metodología enfermera y las taxonomías en los planes de estudio del grado y del postgrado.
- ∞ Motivación laboral insuficiente orientada al uso de los LEE.
- ∞ Falta de consideración del modelo salutogénico, del modelo del Autocuidado y del modelo de atención a la Salud Familiar.
- ∞ Consideración parcial del fenómeno de la Parentalidad respecto a la Salud Familiar y la Salud en las primeras etapas de la vida.
- ∞ Infradiagnóstico, lo que puede implicar menor número de intervenciones enfermeras en pro de la Parentalidad Positiva.

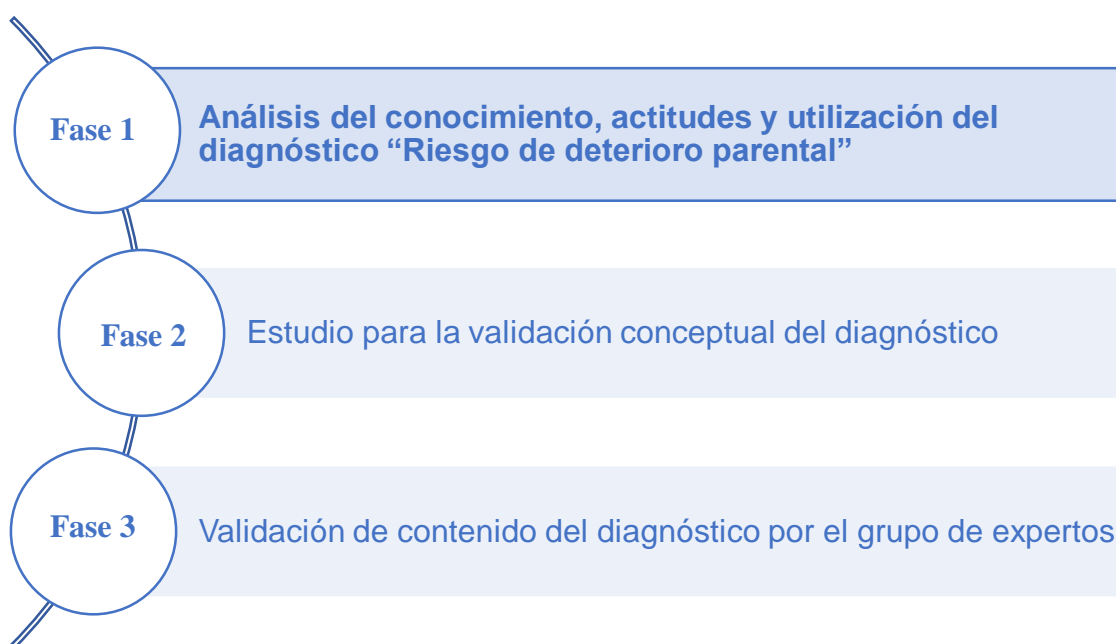
- ∞ Ausencia de estrategias de gestión orientadas a visibilizar y sensibilizar sobre el diagnóstico.
- ∞ Evidencia respecto al diagnóstico mejorable, a pesar de las revisiones sobre el diagnóstico en el momento actual desde la taxonomía NANDA-I aún no puede acreditarse nivel mínimo de evidencia requerido para mantener el diagnóstico lo que puede reconocerse incluso como una amenaza.

DISCUSIÓN

Una vez estudiado en profundidad el diagnóstico enfermero *Riesgo de deterioro parental*, desde el enfoque de la Parentalidad Positiva, a partir de la revisión de la literatura y de las aportaciones y reflexiones de las enfermeras españolas, se obtiene información de considerable interés para ampliar la evidencia asociada al mismo, de igual modo que se identifican lagunas de conocimiento que pueden orientar hacia líneas de investigación futuras. La discusión sobre el fenómeno de estudio se presentará siguiendo la secuencia presentada inicialmente.



Según la evidencia, el uso de la metodología enfermera NNN debe reforzarse en las instituciones puesto que, parece influir en la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes con el cuidado, permite evaluar con mayor precisión los resultados de salud asociados al cuidado enfermero y la optimización de recursos, contribuyendo por tanto a la mejora de la gestión asistencial (270). Debido a esto, se pretendió conocer el nivel de conocimientos, actitudes y uso del diagnóstico a estudio en el contexto español con el.



Se destaca la tasa de respuesta ofrecida por las enfermeras (n=243) lo que puede indicar que existe verdadero interés por contribuir a fortalecer la Enfermería Basada en la Evidencia y, de manera específica, en el marco de la investigación en diagnósticos enfermeros. Este último aspecto puede estar en relación con que, en general, las taxonomías estandarizadas NNN son percibidas positivamente por las enfermeras debido a que posibilitan la planificación de los cuidados y la autonomía profesional (270).

No obstante, cabría la posibilidad de preguntarse cuál fue el motivo verdadero por el que participaron las enfermeras, entre los posibles, contribuir al fortalecimiento de los resultados en investigación (más allá de la pregunta de investigación), motivadas intrínsecamente por la investigación en diagnósticos enfermeros o desde el interés por la investigación sobre la Parentalidad Positiva.

Respecto al nivel de conocimientos sobre el diagnóstico, las enfermeras que conformaron la muestra participante identificaron de manera generalizada, aunque no en su totalidad, la etiqueta diagnóstica *Riesgo de deterioro parental*. Por el contrario, no acertaron con precisión la clase a la que pertenece el diagnóstico, aspecto que pone en evidencia que el nivel de conocimientos asociados al diagnóstico, y probablemente a la taxonomía, es escaso. Este aspecto se confirmó al comprobar que solamente una décima parte de las enfermeras reconocía formación previa asociada al diagnóstico.

En general, las enfermeras relacionan la etiqueta directamente con el fenómeno de la parentalidad con el que se encuentra relacionado y consideran la pertinencia de su uso y su relevancia en la salud y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes. Este aspecto puede hacer pensar que el ejercicio de la parentalidad puede entenderse como un concepto que suscita interés para las enfermeras.

En contraposición, se observa que, a pesar de este reconocimiento en el ejercicio de la práctica clínica y probablemente en otros ámbitos del ejercicio de la profesión, su consideración de uso es minoritaria, siendo menor aún la frecuencia de uso. El riesgo de infradiagnóstico es considerablemente elevado a pesar de haber sido considerado un diagnóstico especialmente relevante.

Esto puede encontrarse en relación con lo algunos estudios en los que se revela que, aunque las enfermeras valoran positivamente los diagnósticos, considerándolos como una oportunidad de desarrollo de la disciplina, dudan de su utilidad en planes de cuidados y en la documentación clínica, valorando los LEE como una imposición conceptual desde los puestos directivos y de investigación de enfermería (271,272). Interesaría conocer si verdaderamente las enfermeras conocían la existencia de esta etiqueta diagnóstica a partir de métodos de investigación cualitativos menos explícitos.

Del análisis se desprende que existe correlación entre el nivel formativo y la identificación de la etiqueta diagnóstica; las enfermeras que acreditan formación en postgrado reconocen en mayor medida la etiqueta. También se concluye que las enfermeras que contemplan la promoción del rol parental como una competencia profesional identifican en mayor medida la etiqueta y consideran relevante el diagnóstico para la salud y el desarrollo en las primeras etapas de la vida.

El estudio demuestra que la formación específica sobre el diagnóstico, y probablemente sobre todos diagnósticos enfermeros del foco de la parentalidad, es especialmente limitada. No parece ser determinante ni la edad de las enfermeras, aspecto que pudiera hacer pensar que aquellas enfermeras recién graduadas conocieran en mayor profundidad la taxonomía ni los años de experiencia laboral ni desarrollar el ejercicio profesional en el ámbito asistencial, factores que también podrían influir positivamente en el uso del diagnóstico.

Las enfermeras destacan el impacto del diagnóstico en la salud y el desarrollo físico, psicológico y social en población infanto-juvenil, la transición y el ejercicio de la parentalidad, la importancia de la persona cuidadora (figura de referencia para el menor) y la satisfacción en el desempeño del rol, las relaciones familiares (vida de pareja y familiar), el papel de la enfermera, en especial la enfermera de familiar, como facilitadora de la adaptación al ejercicio de la parentalidad y la promoción y prevención (detección temprana) de dificultades para trabajarlas conjuntamente con las figuras parentales.

En el estudio se reconoce la vinculación estrecha entre el incorrecto desarrollo del cuidado parental y la afectación negativa en el desarrollo del niño y también la utilidad del diagnóstico debido a que posibilita incidir en una problemática familiar que perjudica la salud de los menores.

En cuanto a la adecuación o pertinencia del diagnóstico enfermero *Riesgo de deterioro parental* las enfermeras mostraron escasos niveles de conformidad con la etiqueta y ambigüedad, confusión o dudas al respecto (no describe influencia en el desarrollo, descripción figura del cuidador, demasiado general, malinterpretación). No obstante, se observan posiciones enfrentadas, puesto que algunas enfermeras reconocen la etiqueta como clara y completa describiendo la vulnerabilidad y ofreciendo un marco que ofrece cobertura a las condiciones que puedan generarse en el contexto de esta situación de cuidados.

Las enfermeras que identifican como un cuidado enfermero la promoción del rol parental y la necesidad de su prevención confirman que las enfermeras participan directamente en escuelas de padres y otros programas basados en la Parentalidad Positiva tanto en el contexto comunitario como el hospitalario, destacan el cuidado a lo largo de la vida y

relacionan la salud con el momento de la concepción, reconocen la importancia de la salud familiar y el trabajo con familias. De manera específica destacan el rol autónomo de la enfermera en la promoción de la parentalidad positiva y en la prevención, identificando factores de riesgo que puedan suponer un peligro en la relación filio-parental y el cuidado parental.

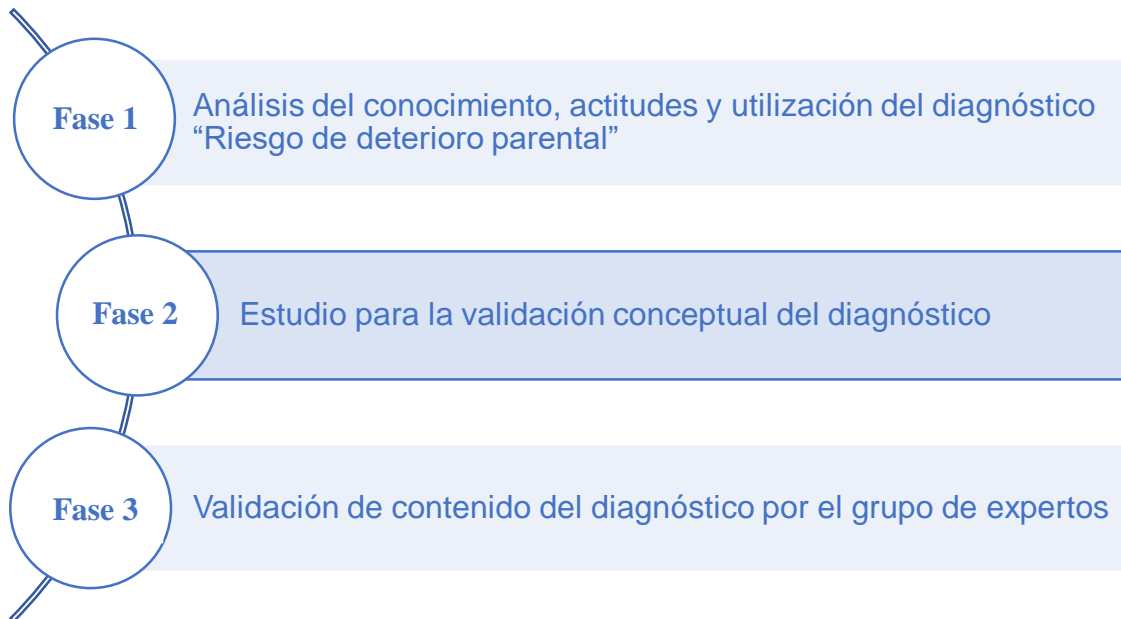
Respecto a la escasa consideración y frecuencia de uso, así como el riesgo de infra diagnóstico las enfermeras declaran como motivos principales el desconocimiento del diagnóstico, seguido de posibles connotaciones negativas asociadas a la etiqueta y su repercusión en los progenitores, percepción de falta de competencia profesional para resolver el diagnóstico y escasa consideración de la familia. Otros motivos que pueden influir en el posible infra diagnóstico reflejados en el estudio son: desmotivación laboral, baja autoestima profesional y barreras/limitaciones para la implementación de la metodología enfermera, el uso de LEE y falta de tiempo. Se confirmó el desconocimiento generalizado sobre el diagnóstico, su déficit de utilización y aparece también alguna referencia crítica, aunque minoritaria, con la taxonomía NANDA-I.

Estos datos reflejan la necesidad de sensibilizar y concienciar a las enfermeras sobre la Salud Familiar y el cuidado familiar además de planificar acciones formativas que contrarresten los déficits competenciales, tanto relacionados con la metodología enfermera como con las habilidades de cuidado específicas que contribuyen a la promoción del rol parental. Se considera especialmente relevante investigar el efecto de la etiqueta en las figuras parentales para confirmar si puede generar cierta animadversión o rechazo.

Tal y como confirmaron Rifà *et al.* (2017) es importante conocer la actitud de las enfermeras respecto al proceso enfermero y los LEE (271). No obstante, a pesar de la relevancia de este tipo de estudios, la investigación sobre actitudes de las enfermeras ante los LEE es escasa según lo expuesto por Junttila *et al.* (2005) (273).

Respecto al diagnóstico *Riesgo de deterioro parental* no se localizó evidencia con la cual contrastar los resultados obtenidos en el estudio, por tanto, se confirmó la necesidad de realizar un estudio de validación conceptual y de contenido del diagnóstico.

El proceso de validación conceptual del diagnóstico se realizó considerando las fases de la Enfermería Basada en la Evidencia y aplicando el modelo de Walker y Avant (2005). Este modelo permitió analizar, estudiar y comprender en profundidad el constructo teórico a estudiado de manera sistemática, organizada y con razonable rigor científico.



La pregunta de investigación inicialmente planteada como directriz del estudio no obtuvo respuesta explícita en la evidencia científica actualmente publicada por las enfermeras. Tal y como se ha expuesto con anterioridad, no se encontraron publicaciones específicas sobre el diagnóstico o que hagan referencia expresa al mismo.

La validación conceptual se fortaleció con la revisión de la evolución histórica del diagnóstico, el análisis del diagnóstico desde el modelo de D. Orem y su vinculación con el proceso enfermero, los criterios de resultado (NOC) y las intervenciones asociadas (NIC). Una vez identificada la evidencia, tras la búsqueda bibliográfica, se cotejó el modelo diagnóstico con la evidencia científica disponible, pudiéndose confirmar la existencia un constructo teórico lo suficientemente sólido.

Se declara como una limitación importante a este estudio la dificultad de acceso a la fuentes originales y originarias del diagnóstico. A pesar de las estrategias y esfuerzos invertidos, resultó imposible acceder a esta documentación considerada de especial relevancia dado su valor heurístico y científico. En relación con el resto del proceso de

búsqueda y gestión de la información se quiere hacer destacar que el acceso a las taxonomías de la NANDA-I fue relativamente sencillo a partir de comienzos del siglo XXI y que el número de artículos para revisión a texto completo permitió ilustrar el concepto de la parentalidad desde un enfoque global.

No obstante, tal y como reconocen la mayoría de los estudios consultados, se precisa reforzar la evidencia respecto al fenómeno de la parentalidad dada la calidad de los estudios.

En relación con las diferentes publicaciones de la taxonomía NANDA-I se confirma que el diagnóstico de estudio forma parte de la taxonomía desde prácticamente sus primeros albores, concretamente desde el año 1978, configurándose como uno de los diagnósticos clásicos conjuntamente con el diagnóstico *Deterioro parental*.

Se pudo comprobar su denominación original *Riesgo de alteración parental* en vigor hasta 2000. La denominación actual combina el foco del diagnóstico *parental* (eje 1) con el descriptor *deteriorado* (eje 3), ambos términos aprobados y aceptados en el contexto del léxico de la taxonomía. Inicialmente la definición del diagnóstico hacía referencia a las figuras parentales, modificándose después a cuidador principal, acepción que continúa vigente.

A pesar de su longevidad, el diagnóstico ha tenido desde su inicio un enfoque orientado a la promoción de la salud y la prevención de los problemas tal y como pueden notarse desde su definición en lo que respeta a promover el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

Atendiendo al resto de ejes de la taxonomía, puede explicarse que el diagnóstico se describe como *de riesgo* y forma parte del área psicosocial, integrado en el dominio rol/relaciones, siendo posible su aplicación a una persona en sentido individual, o a varias personas que comparten se ocupan del cuidado de menores (agencia de cuidado dependiente) conformen o no una única unidad familiar.

La edad de las figuras parentales oscilará en función del momento en el que asumen las responsabilidades en el cuidado de menores, tanto por la vía natural de la reproducción o por las circunstancias sobrevenidas del entorno.

Se considera receptor de cuidados a los niños/ niñas y adolescentes menores de 18 años según lo establecido en la Convención de Derechos del Niño. No obstante, se plantea la incógnita de si en el momento histórico y social actual, en la mayoría de los contextos societales, una persona en plena etapa de la adolescencia sin disponibilidad de recursos para vivir con autonomía personal sigue siendo dependiente del cuidado de las figuras parentales con las que probablemente comparte lazos familiares.

En ningún caso, dentro del modelo diagnóstico se hace referencia explícita a la etapa de la adolescencia aspecto que resulta llamativo, porque además de utilizar la referencia a niño, hace alusión a lactante. Se pone de manifiesto que el diagnóstico invisibiliza a la población adolescente, probablemente en consonancia con lo acontecido socialmente en las últimas décadas, aspecto que está revertiéndose en el diálogo social en los últimos años.

Las diferentes revisiones del diagnóstico hasta la realizada en 2017 han mantenido la organización de los factores de riesgo en cinco categorías, una específica relacionada con aquellas circunstancias o condiciones asociadas a los lactantes/niños y el resto vinculadas con las figuras parentales, clasificando factores de riesgo de tipo fisiológico, psicológico, de conocimientos y sociales.

La taxonomía actualmente vigente, correspondiente a 2018-2020, presenta diferenciación entre factores de riesgo, población de riesgo y problemas asociados en los distintos diagnósticos de riesgo habiéndose reorganizado los existentes con alguna modificación a esta nueva estructura.

De la evolución y los cambios en las taxonomías se observa que se han producido transformaciones del uso del lenguaje, incorporándose el lenguaje técnico-científico de la jerga profesional, aunque el uso de tecnicismos parece escaso, aspecto que se considera importante puesto que se pretende que pueda ser un léxico natural para ser comprendido sin dificultad por las personas a las que se dirige el diagnóstico.

Dentro de la taxonomía se han realizado avances respecto a utilizar un léxico inclusivo y no estigmatizante, como puede comprobarse en la denominación inicial de *condición mutilante* frente a la denominación actual *afección discapacitante*, en este sentido se considera que la taxonomía NANDA-I ha de adaptarse a la evolución de los tiempos e integrar las recomendaciones internacionales en materia de lenguaje inclusivo y con perspectiva de género.

No obstante, desconciertan cambios sutiles probablemente relacionados con la naturaleza y la calidad de la traducción al español en los que se suceden modificaciones nimias que no permiten a las personas que utilizan la taxonomía tener certeza respecto a la asunción actualmente vigente y la normalización/uniformidad del lenguaje, propósito de cualquier LEE. En este sentido puede comprobarse cómo se ha utilizado el FR *estrés, factores estresantes* y actualmente está vigente *estresores*.

Se desea destacar que existen en la taxonomía dos factores de riesgo similares: *falta de implicación del padre* y *falta de implicación de la madre*. La revisión del diagnóstico posibilitó comprobar que el primero se incluyó con anterioridad al segundo. Se desconoce verdaderamente cuales fueron los motivos de que ambos factores de riesgo no sean coetáneos en el tiempo, cabe hipotetizar la influencia antropológica y sociológica asociada a los modelos familiares tradicionales y la perspectiva de género, así como la identificación de la mujer como cuidadora principal.

Respecto al significado de los diferentes factores de riesgo se encuentran términos parecidos, e incluso redundantes, que se considera pueden aumentar la complejidad de uso del modelo diagnóstico e incluso suscitar confusión, máxime cuando no está disponible una definición asociada a los diferentes factores de riesgo. Un ejemplo de ello podría ser la coexistencia de tres factores de riesgo asociados al patrón sueño/descanso: *cambios en el patrón de sueño, deprivación del sueño* y *patrón de sueño no reparador*.

De igual modo, la presentación de algunos factores de riesgo tales como *separación de los padres* y *separación prolongada de los padres* puede generar diferentes interpretaciones, existe la posibilidad de que haga referencia a la separación física parento-filial, a la separación de la pareja (ruptura conyugal) o a la diferencia respecto a

la trascendencia temporal. En la última edición esta situación se ha resuelto desapareciendo el primero de ellos.

Respecto a la organización en los FR en las diferentes categorías no llega a comprenderse con qué criterio se ubican algunos factores en unas categorías frente a otras que impresionan más precisas, es probable que esta explicación pueda estar documentada en las fuentes originarias del diagnóstico y en las asociadas a las revisiones realizadas en 1988, 2013 y 2017.

En este sentido genera cierta dificultad de comprensión y discrepancia teórica-conceptual asimilar que en la categoría FR sociales se incluía en ediciones anteriores *baja autoestima, tensión en el desempeño del rol, valoración insuficiente de la paternidad, disposición inadecuada para el cuidado del niño.*

Esta situación se ha visto mejorada en la taxonomía actual con la discriminación entre factores de riesgo, población de riesgo y problemas asociados, aunque aparecen otros interrogantes como, por ejemplo, qué diferencia existe entre *retraso en el desarrollo o trastorno conductual*, puesto que ambos dos podrían ser considerados problemas asociados, máxime desde la óptica de los problemas de salud mental asociados a la infancia y a la adolescencia.

Otro matiz que destacar de la taxonomía actualmente vigente es que integra la *depresión* como un FR, los *antecedentes de enfermedad mental* como población de riesgo y la *enfermedad física* como un problema asociado. Podría entenderse que la depresión fuera un equivalente a una enfermedad física y, por tanto, haberse considerado ambos como problemas asociados. Según lo actualmente aprobado, cabe la duda de si la persona experimenta los malestares inherentes a otro tipo de enfermedad mental adscribirlo como población de riesgo como *antecedentes de enfermedad mental* pero no parece totalmente preciso.

De igual modo se reconoce *enfermedad crónica* como problema asociado al lactante o niño, pero no existe cabida a un proceso agudo de duración inferior a seis meses que puede requerir cuidados complejos y ser considerablemente impactante para las figuras parentales.

Con estos interrogantes parece conveniente seguir depurando y perfeccionando la taxonomía, y concretamente este diagnóstico, para simplificar y mejorar la especificidad de los diferentes elementos que constituyen el diagnóstico. El estudio de validación conceptual no ha podido resolver estos dilemas.

En otro orden de aspectos, se destaca favorablemente que el diagnóstico puede ser explicado desde el modelo de Dorothea Orem, los diferentes factores de riesgo de la taxonomía 2015-2017 a partir de la que se inició la investigación y las categorías de la edición del 2018-2020 fueron fácilmente adscritos a los conceptos que desde el modelo se reconocen como Factores Condicionantes Básicos y las diferentes circunstancias que pueden repercutir en el desempeño de acciones de autocuidado o de cuidado a dependientes como las limitaciones de fuerza o capacidad, de conocimientos o de motivación. Desde la satisfacción y el sentido profesional, puede afirmarse que existe congruencia y complementariedad entre el modelo teórico y el diagnóstico NANDA-I.

Además, quiere ensalzarse el *corpus* de conocimiento existente y asociado al diagnóstico que se extrapola y da continuidad en las taxonomías NOC y NIC vinculadas con la taxonomía NANDA-I, conformando entre las tres un LEE facilitador del proceso enfermero que posibilita la continuidad y garantiza congruencia en las distintas fases facilitando la gestión del cuidado en la consecución de resultados en salud positivos en aras de mejorar la parentalidad y la salud familiar.

A tenor de las aportaciones de Luis (2013), sería interesante ampliar líneas de investigación respecto a las competencias profesionales enfermeras en materia de promoción de la parentalidad; de igual manera, realizar estudios de validación clínica sobre el diagnóstico y estudios de prevalencia para conocer los factores de riesgo que incidan en mayor o menor medida en el desempeño de la parentalidad.

La evidencia encontrada para la realización de la validación del concepto *parentalidad* permitió definir el fenómeno como constructo teórico desde la perspectiva enfermera, pudiéndose identificar los usos y las competencias profesionales, los atributos, los antecedentes y las consecuencias, tal y como reclamaba el modelo metodológico de validación preseleccionado.

Se reconocieron como principales atributos las figuras parentales, la influencia del género, la transición a la parentalidad como proceso y las competencias/eficacia parental.

Respecto a las figuras parentales se pone de manifiesto que desde la perspectiva enfermera también han de ser entendidas estas desde una mirada inclusiva, no solamente como progenitores con lazos de consanguinidad dando lugar a reconocer el importante rol de cuidado desempeñado por tutores legales y otras figuras del cuidado como pueden ser los abuelos o abuelas muy presentes en el cuidado actual de los y las menores debido a los cambios sociodemográficos.

En relación con los antecedentes o determinantes de la parentalidad, estos se clasificaron según la propuesta de Belsky relativos a las figuras parentales, las características del niño y el contexto social. Esto permitió distinguir y organizar todos aquellos factores influyentes en la parentalidad.

Las consecuencias que pueden derivar del fenómeno de la parentalidad se relacionaron con el impacto en la salud y el desarrollo de los niños y de las figuras parentales, las implicaciones para la práctica clínica y la gestión de los servicios enfermeros y la formación e investigación en el seno de la disciplina.

Por último, para incrementar la solidez del análisis conceptual se buscó la interrelación existente entre los resultados de la evidencia y los elementos del diagnóstico, estimándose que pueden encontrarse relaciones estrechas entre diferentes factores de riesgo, población de riesgo y problemas asociados fundamentados o que pueden ser explicados por fuentes de la evidencia comunes. La agrupación de los distintos elementos hace vislumbrar la oportunidad de depurar los mismos tras estudios de consenso de expertos e intentar simplificar la taxonomía.

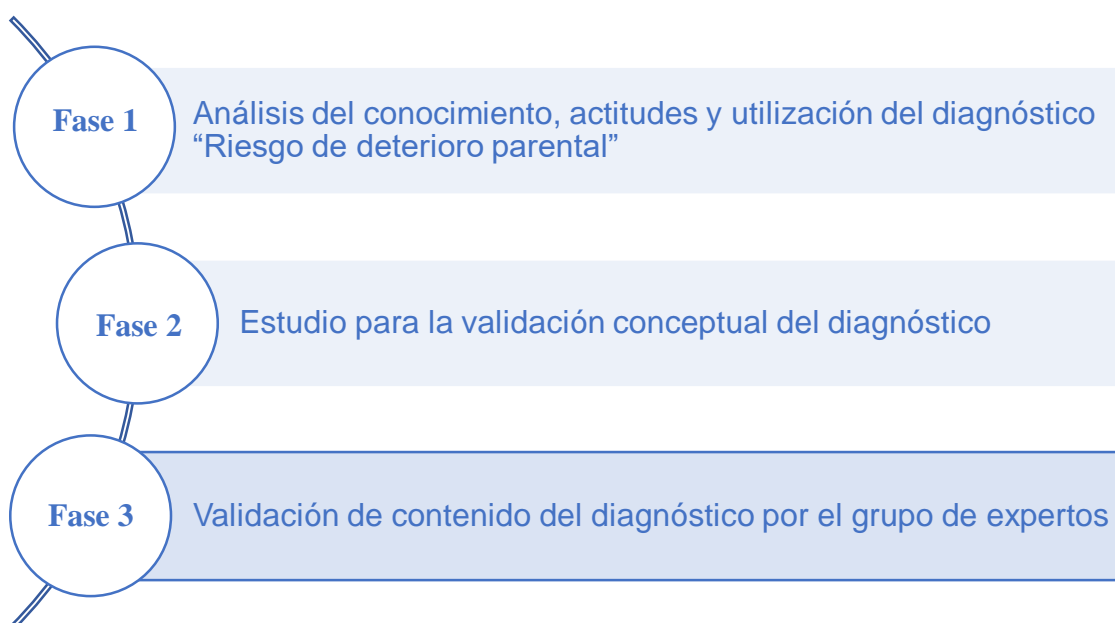
Como limitación a la validación conceptual se incide nuevamente en la importancia de poder acceder a las fuentes originarias y la necesidad de ampliar y mejorar la calidad de esta evidencia con investigación enfermera. Esta situación es crítica respecto a la evidencia asociada a alteraciones relacionadas con el sueño, que si bien se entiende como oportuna su consideración al tratarse de una necesidad básica que puede inferir de manera

negativa en el ejercicio del rol, sobre todo si el déficit de descanso es mantenido en el tiempo, no se localizó evidencia de ningún tipo que lo avale al respecto.

En definitiva, y a pesar de estos inconvenientes, la validación conceptual del diagnóstico ha ofrecido luces de conocimiento y orientado hacia posibles mejoras del diagnóstico.

Respecto al estudio de validación de contenido del diagnóstico

La discusión finaliza con las reflexiones posteriores al análisis de los resultados del estudio de validación de contenido.



En relación con la participación de las enfermeras se destaca su nivel de compromiso, máxime en la etapa en la que se ha desarrollado, coincidiendo con la crisis por COVID-19.

La implicación de las enfermeras participantes ha sido máxima a pesar del tiempo que requerían los cuestionarios y el proceso de razonamiento crítico, reiterativo y en cierto modo tedioso, exigido para el análisis de cada elemento del diagnóstico. Esto pone de manifiesto la encomiable actitud y el grado de motivación demostrado en el desarrollo del estudio del diagnóstico aportando sus conocimientos, impresiones y valiosa experiencia profesional. Se valora positivamente la actitud de las enfermeras respecto al desarrollo de la disciplina en materia de diagnósticos enfermeros.

A nivel académico quiere destacarse la alta cualificación profesional del grupo de enfermeras participantes puesto que el 89,8% de las mismas acreditaron formación postgrado (máster, especialidad o estudios de Doctorado). Más de la mitad habían concluido estudios de Doctorado. En cuanto al ámbito del ejercicio profesional la muestra se ha conformado de manera heterogénea, con representatividad de enfermeras de la práctica asistencial y de otros ámbitos disciplinares.

En cuanto a las competencias profesionales relacionadas con metodología, según los hallazgos del estudio, las enfermeras conocen y utilizan las taxonomías NNN en su amplia mayoría lo que denota que el grado de reconocimiento de la taxonomía en España es elevado, convendría haber evaluado el nivel de implementación efectiva.

Las enfermeras acreditan formación en metodología e interés por actividades científico-profesionales en esta área de conocimiento. Once de las enfermeras participantes son miembros activos de la AENTDE lo que denota el interés de estas profesionales y la sociedad científica por fortalecer la evidencia respecto a los diagnósticos de la taxonomía NANDA-I.

En el marco del estudio se analizó la actitud ante el diagnóstico enfermero, a partir de la Escala de Posicionamiento Enfermero, ante el Diagnóstico Enfermero en su versión abreviada de 7 ítems, lo que ratifica la validez de este instrumento el contexto español, tal y como hubiera demostrado su autor en estudios previos. Las enfermeras españolas consideran como atributos más significativos asociados a los diagnósticos enfermeros que estos ofrecen significado al proceso enfermero, validez, realismo y resultan gratificantes.

Estas apreciaciones pueden interpretarse como positivas en el sentido que las enfermeras reconocen que los diagnósticos describen o explican situaciones de cuidados de la práctica cotidiana que resultan gratificantes para su resolución.

Los aspectos menos valorados (facilitador, creativo, relevante) pueden denotar que los diagnósticos ofrecen cierta dificultad de uso, no siendo considerados como útiles o necesarios. Estos resultados coinciden con lo revisado en la literatura, en general las enfermeras expresan tener dificultades en la implementación del LEE en la práctica clínica (272).

De estos resultados se desprende la necesidad de ampliar la investigación al respecto con el propósito de conocer con mayor representatividad y de manera más específica la opinión de las enfermeras sobre la taxonomía NANDA-I, probablemente a partir investigación basada en metodologías cuali-cuantitativas.

En el marco del estudio de validación de contenido el porcentaje de enfermeras que reconocen la etiqueta diagnóstica asciende a 87,2% siendo similar en comparación el resultado obtenido en el estudio descriptivo realizado con anterioridad (87,7%). Por el contrario, el grado de significación que se le atribuye al diagnóstico en este estudio respecto a la salud familiar, la parentalidad y la salud en las primeras etapas de la vida es considerablemente inferior (70,5%) frente al resultado obtenido en el otro estudio con el que se compara (82,7%). Con estos resultados parece que las enfermeras que participan en el estudio de validación no encuentran una vinculación tan determinante, se desconocen los factores que pueden condicionar esta diferencia.

Según el estudio, el diagnóstico adquiere especial protagonismo en la atención enfermera en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, en unidades de atención a niños y adolescentes y en orden de menor trascendencia en centros escolares y en unidades de cuidados de salud mental. Estos datos contrastan con el valor de los procesos de vínculo y apego en el marco de la relación parento-filial en el contexto de los cuidados de salud mental, en el que se reconoce el importante rol de la familia en el bienestar de los niños y adolescentes y su repercusión, incluso en el desarrollo de problemas de salud mental en el futuro. Cabe pensar que las enfermeras participantes no reconozcan como tan importante la influencia del vínculo y la relación en la salud mental.

Prácticamente la totalidad de las enfermeras reconoce competencia profesional autónoma de intervención frente al diagnóstico.

Los resultados obtenidos respecto a la pertinencia de uso y la consideración de uso son considerablemente inferiores en comparación con los resultados del estudio descriptivo, en este sentido nuevamente se obtiene una clara diferencia en respuesta que deja entrever que son necesarios más estudios al respecto para conocer los motivos.

En un sentido hipotético pudiera ser que la respuesta de las enfermeras que participan en el estudio de validación pueda ser más críticamente reflexionada y ajustada a la realidad. Esto podría incluso justificar el riesgo de infra diagnóstico previamente reseñado y la baja consideración y certificación de su uso en la práctica clínica.

Las estrategias que propusieron las enfermeras para compensar esta problemática en el ámbito de la formación y la investigación fueron: aumentar el número de publicaciones científicas y la formación específica para el conocimiento del diagnóstico tanto en actividades de formación continuada como en sesiones clínicas, jornadas o congresos, incrementar la investigación sobre diagnósticos, en particular sobre el diagnóstico a estudio para conocer prevalencia, validación de instrumentos para su detección, impacto de uso, usos del diagnóstico, ampliar la formación sobre el diagnóstico el pregrado y postgrado (máster, especialidad, Doctorado), trabajando casos clínicos y planes de cuidados, simulación clínica, TFG, TFM, Tesis y por último, implementar una estrategia de divulgación sobre el diagnóstico que aumente su visibilización, reconocimiento y sensibilización ante el mismo.

En el ámbito de la asistencia y la gestión, las estrategias propuestas inciden en fomentar el cuidado holístico (biopsicosocial), desde un enfoque de promoción de la salud, centrado en el cuidado a la salud familiar, para poder detectar la presencia del diagnóstico, incorporar de manera efectiva la metodología enfermera, generalizar el acceso a la taxonomía NANDA-I, mejorar la usabilidad de herramientas informáticas incorporación del diagnóstico a planes de cuidados estandarizados y adecuar registros informáticos incluyendo el diagnóstico, además de motivar a las enfermeras e incentivar sobre el uso de diagnósticos y la asistencia a la familia e impulsar el liderazgo de las enfermeras en los programas de promoción de la salud.

Las estrategias propuestas se encuentran en la línea de los hallazgos en la evidencia para contrarrestar la problemática al uso de los LEE en la práctica: apoyo institucional, seguimiento académico y evitar el aprendizaje autodidacta (272). La importancia de fortalecer la formación pregrado se encuentra en consonancia con los postulados de que los estudiantes de Enfermería adquieren un rol representativo al actuar como nexo de conexión entre teoría y práctica en el uso de lenguajes enfermeros (271).

Del total de la muestra de las enfermeras participantes 33 acreditaban una puntuación superior a cinco en relación con los criterios establecidos por Fehring. De los catorce puntos posibles, el 21,2% obtuvo el valor máximo (9 puntos), el 42,4% de las enfermeras alcanzó 7 puntos y el 30,3% de las enfermeras consiguió el valor mínimo (5 puntos).

Todas estas enfermeras habían finalizado estudios de Doctorado, destacando que un amplio porcentaje de la totalidad (98,4%) confirmaron práctica clínica superior a un año en el área específica del diagnóstico y más de la mitad (54,8%) verificaron estar en posesión del título de enfermera especialista en un área afín al diagnóstico. Los méritos sobre metodología enfermera, y de manera específica relativa al diagnóstico sujeto a estudio, fueron los que menos puntuaciones obtuvieron reflejando la importancia de poner en marcha las estrategias propuestas para aumentar la evidencia asociada al diagnóstico, la formación y la divulgación científica sobre el mismo.

Entre el grupo de enfermeras reconocidas como expertas y las participantes que no acreditaron méritos suficientes como para ser reconocidas como tal, solamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la acreditación del título de Doctorado, el ámbito de ejercicio profesional, la realización de tesis doctoral sobre diagnósticos enfermeros, la investigación en contenido relevante con el diagnóstico y la asistencia y participación en jornadas y congreso científico-profesionales.

Las enfermeras expertas parecen estar más familiarizadas y, utilizan en mayor medida el lenguaje estandarizado NNN y han realizado más formación y actividades docentes e investigadoras. Una diferencia interesante se observa en los años transcurridos desde que finalizaron los estudios académicos. El grupo de expertas se posiciona en 5,5 años frente a 16,66 en el grupo de control, esta divergencia puede orientar hacia el nivel de actualización respecto a la cualificación de las enfermeras de ambos grupos.

Las similitudes respecto a la conformación de ambos grupos fueron relevantes en lo que respecta a edad, sexo, años de experiencia como enfermera, especialización, participación como miembros de sociedades científicas y valores de respuesta en la EPADE-7. Aunque en el grupo de expertas fueron ligeramente superiores, no se demostraron diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a los resultados específicos de la validación de contenido, del análisis del *grado de diagnosticidad*, o la capacidad de intervención autónoma, se confirma que las enfermeras muestran convencimiento respecto a su competencia y autonomía profesional para dar respuesta a las necesidades de cuidados oportunas requeridas por las figuras parentales y, de este modo, fomentar el desempeño de la parentalidad positiva y evitar el deterioro en el ejercicio del rol. Destacan su importante labor en atender fundamentalmente los factores de riesgo y matizan la importancia de llevar a cabo intervenciones multi e interdisciplinarias en estos procesos.

Las enfermeras reconocen la etiqueta como suficientemente clara para su uso profesional, obteniendo un valor próximo al punto de corte, aspecto que induce a la reflexión de si la etiqueta puede ser mejorada para incrementar la claridad de esta misma.

Mantendrían el concepto *cuidador principal* y no recuperarían el de *figuras parentales* tal y como se recogía en las primeras ediciones del diagnóstico. Explican que el término *cuidador principal* puede recoger mejor la diversidad de personas que, por distintas situaciones, desempeñan el rol y apuestan por transformar esta definición que debiera utilizar un lenguaje inclusivo, en especial cuando se trata de cuidadoras y avanzar hacia orientaciones más humanistas como *persona cuidadora*.

Por otro lado, las enfermeras perciben que las figuras parentales pueden no interpretar claramente el diagnóstico y creen, según el promedio obtenido, que el diagnóstico presenta escaso riesgo de generar rechazo o animadversión al mismo; no obstante, en contraposición a estos datos, las aportaciones cualitativas ponen de manifiesto que las figuras parentales pueden sentirse juzgadas y cuestionadas, pudiendo ser aceptado el diagnóstico con dificultad.

De ello se desprende la necesidad de conocer la opinión de las personas que desempeñan el rol parental respecto a la claridad y comprensión de la etiqueta y la percepción de su significado en lo que respecta al ejercicio parental.

Ante un posible cambio en la denominación del diagnóstico, si la propia taxonomía lo posibilitara –aunque como bien expresa una de las enfermeras participantes esto no sería sencillo puesto que conllevaría la modificación de otros tres diagnósticos que comparten

el mismo foco diagnóstico –, las enfermeras se inclinan por definiciones sustancialmente orientadas a un modelo patognomónico frente a propuestas sobre Parentalidad Positiva.

Los resultados muestran que las enfermeras tienen mayor afinidad por la denominación *Riesgo de desempeño ineficaz del rol parental* como la más satisfactoria y cabe pensar si esto pudiera ser debido a la familiaridad con la etiqueta diagnóstica 00055 *Desempeño inefectivo del rol* previamente denominada *Desempeño ineficaz del rol*. De las definiciones propuestas desde el modelo de Salud Positiva, existe mayor aceptación por parte de las enfermeras de la definición que integra el verbo *desempeñar* frente a *desarrollar* rol parental positivo.

Se alcanzó consenso respecto a la claridad de la definición y las enfermeras confirmaron estar de acuerdo con ella; aunque los valores alcanzados se encuentran muy próximos al punto de corte mínimo para esta consideración. Por tanto, se plantea también necesaria su revisión para fortalecer la claridad y el acuerdo. El grupo de expertas no advirtió coherencia entre la definición y la etiqueta, aspecto que también precisaría una reflexión sobreañadida.

De entre las definiciones que se propusieron alternativas alcanzó un acuerdo considerable la expuesta como *Vulnerabilidad del cuidador principal para establecer vínculo seguro y crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño/a o adolescente, su bienestar y la salud familiar*. Se destaca de esta definición la incorporación de una orientación salutogénica, la inclusión de la etapa de la adolescencia y el concepto de la salud familiar con la que las enfermeras parecen sentirse afines.

Las puntuaciones obtenidas decrecieron en las distintas rondas respecto a la claridad etiqueta, definición, coherencia e índice de contenido diagnóstico de cada factor de riesgo, demostrando probablemente un proceso de razonamiento crítico fundamentado en análisis reflexivo de mayor cuestionamiento. La única excepción se observa en lo que respecta a la alternativa de la definición, la que mostró mayor aceptación y, por ende, puede interpretarse como un mayor convencimiento hacia el enfoque y deseabilidad de cambio.

Al iniciarse el estudio de validación de contenido previo a la publicación de la nueva edición correspondiente a 2018-2020 se valoró oportuno analizar las categorías de clasificación de los factores de riesgo. Las enfermeras reflejaron su disconformidad con las categorías previamente establecidas y se interesaron por la propuesta ofertada en sintonía con los determinantes de la parentalidad descritos por Belsky. Respecto a la taxonomía actual una enfermera considera que existe limitación en cuanto al estudio del entorno y la comunidad.

A partir de las respuestas otorgadas por las enfermeras en las diferentes rondas de la técnica Delphi fue posible determinar el *índice de contenido diagnóstico* de cada factor de riesgo y, por extensión, de los nuevos elementos de la taxonomía: población de riesgo y problemas asociados.

Se desagregaron los datos obteniendo resultados de validez de contenido del diagnóstico de tres muestras diferenciadas: total de las enfermeras participantes (n=61), enfermeras expertas según criterios de Fehring (n=33) y enfermeras no expertas según estos criterios, pero especialmente comprometidas con el desarrollo disciplinar (n=28).

La obtención de un valor superior a 0,60 como índice de validez de contenido del diagnóstico NANDA *Riesgo de deterioro parental* a partir del consenso de enfermeras expertas según los criterios de Fehring, acredita el diagnóstico como significativamente válido respecto a la situación de salud y el fenómeno susceptible de cuidado enfermero que representa. También se demostró validez de contenido a partir de los resultados obtenidos en las otras dos muestras comparativas sin diferencias estadísticamente significativas.

Siguiendo los postulados de Fehring, se confirmó una sólida vinculación entre los factores de riesgo y el diagnóstico exclusivamente en tres factores de riesgo considerados críticos (CP>0,75). Según las modificaciones de Sparks y Lien-Giesch (CP [0,8-1]), solo el grupo de enfermeras sin acreditación como expertas identificó un factor de riesgo mayor.

El grupo de las enfermeras acreditadas como expertas identifican como críticos los FR *Disposición para los cuidados del niño inadecuada* (CP 0,78), *Falta de implicación de la madre* (0,76) y *Antecedentes de haber realizado abusos* (CP 0,78).

El total de la muestra coincide en *Antecedentes de haber cometido abusos* (0,79), *Disposición para los cuidados del niño inadecuada* (CP 0,77), *Antecedentes de abuso* (CP 0,76). Todos los grupos consideran el FR *Antecedentes de haber realizado abusos* como uno de los más determinantes, siendo este el que obtiene puntuaciones mayores en el grupo de no expertas (0,80) y por ello puede ser considerado factor de riesgo mayor.

El grupo de expertas considera un mayor número de factores de riesgo a descartar, seguido de la muestra total y por último del grupo de no expertas, de perfil más conservador. Cuantitativamente se observan diferencias importantes en los factores de riesgo que son descartados siguiendo los postulados de Ferhing frente a las modificaciones de Sparks y Lien-Giesch resultando estas considerablemente más exigentes.

En el modelo de Ferhing el grupo de expertas descartan el 26,86% de los factores de riesgo, frente al 20% del total de enfermeras o el 11,94% de las enfermeras no expertas. Estos valores aumentan considerablemente con las modificaciones sugeridas por Sparks y Lien-Giesch a partir de las cuales hasta el 56,71% de los factores de riesgo se descartarían según criterio de las enfermeras expertas, el 49,2% según la muestra total y el 35,82% según las aportaciones del grupo de enfermeras que no cumplen criterios de expertía de Ferhing.

Según las puntuaciones otorgadas por el grupo de expertas a los diferentes factores de riesgo se pone de manifiesto que los factores de riesgo más significativos para el diagnóstico a estudio son:

- ∞ *Disposición para los cuidados del niño insuficiente* y los factores de riesgo relacionados (*respuesta insuficiente a las señales del niño, falta de implicación de la madre, falta de implicación del padre, incapacidad para poner las necesidades del niño por delante de las propias*)
- ∞ *Modelo del rol parental insuficiente/preferencia por castigos físicos*
- ∞ *Antecedentes de abuso y antecedentes de haber cometido abusos*
- ∞ *Estrategias de afrontamiento ineficaces*
- ∞ *Tensión en el desempeño del rol parental*
- ∞ *Depresión*

∞ *Aislamiento social / apoyo social insuficiente*

∞ *Trastorno de conducta / temperamento difícil*

Con significación moderada respecto al diagnóstico, las enfermeras consideran el *abuso de sustancias*, la *separación prolongada de los padres*, los *conocimientos insuficientes sobre el desarrollo*, los *conocimientos insuficientes sobre el mantenimiento de la salud* y los *conocimientos insuficientes sobre las habilidades parentales*, la *cohesión familiar insuficiente*, los *estresores*, el *conflicto de pareja*, el *conflicto entre el temperamento del niño* y las *expectativas parentales*, las *habilidades de resolución de problemas insuficientes*, el *fracaso en la provisión de un entorno seguro*, el *embarazo no deseado*, las *habilidades de comunicación ineficaces*, el *acceso insuficiente a recursos*, los *recursos insuficientes* y la situación de *desventaja económica*.

Las enfermeras identifican los siguientes factores de riesgo con menor asociación respecto al diagnóstico riesgo: *alteración de la función cognitiva*, *preparación cognitiva insuficiente para la paternidad*, *cuidado prenatal insuficiente/cuidados prenatales del último periodo de embarazo*, *baja autoestima*, *antecedentes de enfermedad mental*, *retraso en el desarrollo*, *antecedentes de traumatismo*, *alteración de las funciones perceptuales*, *valoración insuficiente de la paternidad problema discapacitante*, *enfermedad*, *cambios en la unidad familiar*.

Con escaso consenso respecto a la vinculación de los siguientes factores respecto al diagnóstico, las enfermeras encuentran menor acuerdo los factores de riesgo:

∞ *Cambios en el patrón de sueño/deprivación del sueño/patrón de sueño no reparador,*

∞ *Juventud*

∞ *Embarazo no planificado, número de embarazos elevado, embarazos muy seguidos, nacimiento múltiple*

∞ *Dificultad para el parto*

∞ *Sexo distinto al deseado*

∞ *Prematuridad*

∞ *Expectativas poco realistas*

∞ *Familia monoparental*

- ∞ *Nivel educativo bajo*
- ∞ *Desempleo*
- ∞ *Dificultades laborales*
- ∞ *Dificultades legales*
- ∞ *Traslado*
- ∞ *Transporte inadecuado*

En la comparación entre muestras (expertas/no expertas), el estudio no ofreció resultados estadísticamente significativos excepto para los factores de riesgo *afección discapacitante, aislamiento social, autoestima baja y transporte inadecuado*.

El consenso de expertas confirmó los hallazgos de Fang (2001) destacando la importancia del temperamento del niño, la satisfacción parental (calibrada como tensión en el desempeño del rol), el estrés parental, la depresión, el apoyo familiar frente a la importancia del nivel educativo, el número de hijos, el estado civil, la etnia, el empleo de la madre, la fatiga (sueño/descanso) (240).

No obstante, llama la atención cómo algunos factores, reconocidos en la literatura científica especialmente significativos, son puntuados de manera sustancialmente baja por las enfermeras. Entre ellos, por ejemplo, la condición de enfermedad o discapacidad tanto en niños como en las figuras parentales, los partos múltiples, los cambios en la unidad familiar, la juventud de los padres, la familia monoparental, la situación de desventaja económica. En este sentido, puede interpretarse que quizá no sea tanto esta condición sino las circunstancias que puedan acompañarla las que actúen como verdaderos factores condicionantes y estresores, e incluso puedan ser codificados como tal en la taxonomía.

A modo aclaratorio de esta reflexión, quizá no sea la condición de familia monoparental la que verdaderamente incrementa la vulnerabilidad a desempeñar un rol parental positivo, sino las circunstancias en las que se desarrolla, es decir, con apoyo o sin apoyo social, con recursos económicos o sin ellos, cuidando de un menor con o sin necesidades de salud complejas, valorando positivamente la parentalidad o desde un modelo parental insuficiente.

A tenor de las aportaciones de Luis (2013) puede contrastarse que prácticamente la totalidad de los factores de riesgo considerados más frecuentes obtuvieron las puntuaciones más elevadas en cuanto a índice de contenido diagnóstico, excepto desvaloración de la maternidad/paternidad y baja autoestima. Aquellos considerados como menos frecuentes puntuaron por debajo, excepto los factores de riesgo falta de implicación del padre, conflicto marital, separación prolongada de los padres, antecedentes de malos tratos o drogodependencias y depresión.

En relación con los factores de riesgo adicionales cabe pensar que surgieron desde la reflexión y el razonamiento crítico, contemplando los pilares de Enfermería Basada en la Evidencia: conocimientos disponibles, experiencia profesional y necesidades de las familias respecto a la parentalidad.

Uno de los factores de riesgo sugeridos fue identificado como factor de riesgo crítico por la totalidad de las enfermeras y los grupos de análisis: Antecedentes de violencia intrafamiliar. El resto de los factores sugeridos alcanzaron consenso según lo establecido por Ferhing, a excepción de: proceso de adopción y progreso migratorio, complicaciones en la recuperación postparto, fatiga/cansancio, nacimiento del primer hijo, estereotipos de género y dificultades en el aprendizaje.

Aceptando esta situación, parece una paradoja que no se contemplen las dificultades de aprendizaje ante el desempeño de un rol que requiere la adquisición de competencias parentales, máxime cuando el propio diagnóstico incorpora hasta tres factores de riesgo relativos a conocimientos. Se entiende el aprendizaje como un proceso más complejo que integra tanto conocimientos, como actitudes y habilidades.

También resulta llamativo que el estado de fatiga/cansancio no se identifique como un posible factor condicionante de la parentalidad pues podría ser equivalente a los tres factores relacionados con el patrón de sueño y descanso. Cabe hacerse la pregunta de si convendría sintetizar todos ellos en un único factor de riesgo más integrador y completo.

Estas reflexiones requieren un nivel de reflexión y pensamiento crítico de especial profundidad y complejidad que justifican complementar el estudio con técnicas de investigación cualitativa.

Los resultados del estudio actualizan el valor de contenido mostrado por Ugalde y Rigol (1995) en el marco del contexto español. En este sentido, aunque la etiqueta y la definición demuestran comprensibilidad, esta es menor de la previamente considerada por estas en la publicación de estas reconocidas autoras.

Los factores de riesgo presentan, según el caso, diferentes valores de comprensibilidad y significación respecto al diagnóstico, también adquiriendo un índice de valor de contenido menor que el previamente documentado. Los resultados orientan hacia la necesidad de reforzar la evidencia al respecto en un número significativo de factores de riesgo.

Con estos datos se constata que, aunque el diagnóstico haya alcanzado un índice de validez superior a 0,60 y pueda corroborarse su validez, el proceso de depuración del diagnóstico debe continuar. Según se demuestra algunos factores de riesgo pueden ser descartados, quizá porque pueden explicarse con otros factores existentes, otros resultan redundantes o se ha identificado escasa asociación con el diagnóstico. No obstante, se encuentran discrepancias con los datos obtenidos en la revisión de la literatura realizada para el estudio de validación.

Llegado a este punto sería interesante ampliar la técnica Delphi con un grupo de discusión y, de este modo, obtener resultados que ayuden a depurar y afinar el significado y la estructura del diagnóstico.

La finalización del estudio de validación de contenido por consenso del grupo de expertos podría legitimar el nivel de evidencia necesario asociado al diagnóstico según los requerimientos establecidos por NANDA-I. Es posible que esta situación determine favorablemente el mantenimiento del diagnóstico en la taxonomía, conjuntamente con el resto de los diagnósticos vinculados con el foco de la parentalidad.

Si así fuera, y los resultados de este estudio fueran para NANDA-I relevantes, se acreditarían los diagnósticos Disposición para mejorar el rol parental y *Riesgo de deterioro parental* con un nivel de evidencia 2.3.

El estudio de validación permite conocer en profundidad la consideración de cada uno de los elementos por parte de las enfermeras consultadas, evidenciándose aspectos especialmente interesantes que generan nuevas preguntas de investigación y contradicen incluso los resultados esperados según la revisión bibliográfica y el análisis del equipo investigador.

En este sentido, y a pesar de tener un resultado favorable respecto a la refutación del diagnóstico como válido, se observan debilidades y limitaciones asociadas a la comprensión e interpretación del fenómeno según las aportaciones recibidas de las enfermeras participantes y respecto a la propia metodología del estudio.

Entre estas limitaciones resaltan algunos errores conceptuales relacionados con el foco de estudio que pueden influir en la estimación y la valoración que se otorga a los factores de riesgo. Esta situación era esperable cuando las propias enfermeras demandaban más formación respecto al fenómeno de la parentalidad y al diagnóstico en particular.

Teniendo en cuenta el proceso y los resultados de la investigación, se pone de manifiesto que en el contexto español es posible desarrollar investigación en diagnósticos NANDA con enfermeras que puedan considerarse expertas según los criterios de Fehring, pareciendo necesario incrementar los méritos vinculados con la investigación en diagnóstico.

No obstante, para este estudio los resultados obtenidos tanto en la muestra completa, que ofrece mayor representatividad por el número de enfermeras participantes, como en el grupo de aquellas enfermeras que no alcanzan la consideración de expertas, son similares, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Cabe preguntarse qué aspectos pueden haber determinado estos resultados, si los conocimientos previos sobre el fenómeno estudiado y los diagnósticos enfermeros, la experiencia profesional de las enfermeras, la propia actitud o predisposición favorable respecto a la salud familiar y la parentalidad positiva, la metodología de análisis de validación de contenidos u otros no identificados con claridad.

Esta circunstancia, de replicarse en otros estudios, debiera hacer pensar en la necesidad de reconsiderar la idoneidad de criterios de selección de la muestra de enfermeras expertas, puesto que algunos autores confirman que los criterios del nivel de expertía establecidos por Ferhing se conforman como especialmente exigentes y pueden resultar difícilmente alcanzables en algunos escenarios internacionales.

Llegado este momento, surge otra cuestión susceptible de ser investigada en relación con la metodología de investigación. ¿Cuáles hubieran sido los resultados si con anterioridad a la realización del panel de expertas se hubieran presentado los hallazgos de la revisión integrativa del fenómeno? Se atisba que, si el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre la parentalidad fuera más sólido y uniforme, fundamentado en la evidencia, proporcionaría una situación de partida más favorable para el razonamiento crítico a partir de la experiencia particular más favorable.

Diseñar una investigación en la que se comparen los resultados entre enfermeras que cuenten con evidencia sobre el diagnóstico con anterioridad al consenso y enfermeras que participaran en el panel siguiendo la metodología prevista (casos-control), podría ofrecer luces para depurar, actualizar y perfeccionar las metodologías de investigación en diagnósticos en pro de mejorar la Enfermería Basada en la Evidencia.

En cuanto al proceso de investigación, destacar que la continuidad de participación en el panel de consenso puede considerarse un verdadero éxito de la investigación, gracias a la voluntad y el compromiso de todas y cada una de las enfermeras que aportaron su buen hacer y su bagaje profesional en materia de conocimientos, actitudes y experiencia para conocer en profundidad y estudiar el diagnóstico.

Las enfermeras ponen de valor, tal y como establece su Código Deontológico y la Declaración de los Derechos del Niño, la importancia del cuidado en las primeras etapas de la vida y el valor superior del niño en el contexto social y el cuidado a la familia. Reconocen la importancia de conocer las diferentes etapas de la infancia y la adolescencia y considerar, de este modo, sus particulares necesidades de cuidados.

Respecto a las traducciones y adaptación de la taxonomía al contexto español plantean oportuno perfeccionar el lenguaje y tener presente la perspectiva de género; no parece

pertinente mantener, por ejemplo, un factor de riesgo denominado Valoración insuficiente de la paternidad, existiendo un término más inclusivo y preciso que es parentalidad.

Como curiosidad no parece baladí, y subyace a aspectos antropológicos y culturales imperantes a los modelos familiares tradicionales, que el índice de contenido diagnóstico de los factores de riesgo *falta de implicación de la madre* y *falta de implicación del padre*, aunque con escasa variación son diferentes, dando mayor representatividad a la figura de la madre. Esta situación fue especialmente clara en los resultados del análisis de la muestra de enfermeras no acreditadas como expertas.

Se observa la importancia de clarificar el término *cuidador principal* y hacerlo equiparable a figura/s parentales, entendidas estas desde el sentido más amplio e inclusivo, más allá de progenitores y lazos de consanguinidad. Parece necesario, tal y como se ha resaltado con anterioridad mantener continuidad en el lenguaje técnico utilizado en las diferentes traducciones para facilitar su aprendizaje y fomentar su uniformidad, continuidad en el tiempo y por ende su usabilidad.

El *Análisis del significado y validación del diagnóstico enfermero* Riesgo de deterioro parental desde el enfoque de la Parentalidad Positiva ha posibilitado conocer en profundidad cómo desde el LEE, y concretamente desde la taxonomía NANDA-I, se describe un fenómeno de especial trascendencia para la Salud Familiar y el bienestar de niños, niñas y adolescentes que permite a las enfermeras fomentar la parentalidad y prevenir con anticipación posibles situaciones que condicionen negativamente el cuidado parental.

Desde el modelo salutogénico o de Promoción de la Salud de Antonosky y la Teoría General del Autocuidado de Orem se constata que los elementos incluidos en el diagnóstico (factores de riesgo, población de riesgo y problemas asociados) se integran favorablemente en sus premisas y postulados.

Se identifican elementos descritos por Antonosky como *recursos generales de resistencia* (economía, conocimiento, autoestima, apoyo social, visión de la vida, entre otros) y desde el *sentido de coherencia*, entendido en este caso como la capacidad de incorporar las

responsabilidades parentales a modo de comprensibilidad (conocimientos), manejabilidad (capacidades instrumentales) y significatividad (motivacionales).

De igual modo, desde el modelo de Orem se reconocen los factores condicionantes básicos para el ejercicio de la parentalidad y las circunstancias que pueden interferir en las personas para conseguir la autonomía necesaria para sus autocuidados o el cuidado de terceros entre los que se encuentra la fuerza (capacidad de acción), el conocimiento y la voluntad.

Estas reflexiones ponen en manifiesto las similitudes presentes en ambos modelos y confirman que son plenamente complementarios a la taxonomía en lo que respecta al estudio de este diagnóstico.

El enfoque del diagnóstico se valora favorablemente destacando que, a pesar de haber sido incorporado a la taxonomía hace más de cuatro décadas, en esencia incorpora paradigmas especialmente relevantes respecto a la Promoción de la Salud y el fomento del Autocuidado y el cuidado de terceros.

Respecto al contenido del diagnóstico, se confirma la validez del mismo, aunque parece necesario reforzar la evidencia asociada y ser susceptible de un proceso de depuración preferiblemente desde métodos de investigación cualitativos, para adecuar y simplificar el número de factores de riesgo, eliminar redundancias, reformular elementos mediante terminología y permitir ganar precisión y pertinencia.

RELEVANCIA DEL ESTUDIO

A partir de los hallazgos del estudio en el marco epistemológico de la disciplina enfermera, las enfermeras tienen la oportunidad de gestionar proyectos para el fortalecimiento de todas las áreas de mejora detectadas, el pleno desarrollo de las competencias profesionales en materia de fomento de la Parentalidad Positiva, la implementación de la metodología enfermera y de manera más específica los diagnósticos enfermeros y la investigación en las áreas de interés del estudio: Salud Familiar, Parentalidad Positiva y los Diagnósticos Enfermeros.

Estos proyectos podrían ser orientados a las diferentes áreas competenciales de la disciplina: asistencia, docencia, gestión e investigación, siendo aplicados en diferentes contextos de la práctica.

Según los hallazgos del estudio, parece relevante comenzar con intervenciones formativas y de fortalecimiento del aprendizaje del diagnóstico y del fenómeno de la parentalidad desde la formación pregrado, incluyendo en el currículum contenidos específicos vinculados con los diagnósticos relacionados con la parentalidad y la salud familiar. Integrar en las asignaturas de atención familiar y comunitaria estos contenidos puede ser una oportunidad interesante en la que se relacionen la salud familiar y la parentalidad con la metodología enfermera existente y de manera específica la presencia del diagnóstico.

Son necesarias competencias para la identificación de las necesidades de la familia, la relación con sus miembros, la intervención orientada al fomento de la parentalidad y la prevención de problemas de salud asociados. En los diferentes contextos de actuación, a nivel individual o grupal, las enfermeras debieran estar en disposición de poder planificar cuidados que tengan en consideración estos aspectos.

Los grupos terapéuticos para el fomento de la parentalidad y las escuelas de padres son servicios enfermeros pertinentes siendo totalmente justificable su incorporación a la cartera de servicios ofertada por las enfermeras desde los servicios municipales, la atención comunitaria, la atención escolar y la asistencia especializada, como en los centros de salud mental o en las unidades de hospitalización.

En este sentido, son necesarias sesiones clínicas específicas sobre la temática para la reflexión de casos de la práctica clínica, así como formación sobre Parentalidad Positiva que integre de manera transversal la metodología enfermera y los LEE.

Este impulso a la formación y a la incorporación de estos servicios enfermeros ha de venir de la mano de la gestión enfermera. Las enfermeras, convencidas de su identidad profesional y su liderazgo, han de gestionar los servicios enfermeros en este sentido para conseguir resultados en salud favorables para las familias, para las figuras parentales y por el interés superior de niños, niñas y adolescentes. Conviene sensibilizar a las enfermeras que ocupan puestos estratégicos de gestión, tanto a nivel macro como micro, para que, desde su influencia, tomen decisiones que posibiliten la gestión del cambio y den prioridad a la atención a la parentalidad. Es necesario desarrollar un rol de abogacía y trasladar las necesidades de las figuras parentales a los agentes implicados en las políticas de salud y gobernanza. También resulta imprescindible incorporar en el marco de las instituciones programas específicos de promoción de la parentalidad con esta filosofía.

Se reconoce además que el desarrollo en esta área pasa por una acción coordinada de docencia, asistencia, gestión e investigación. Se extiende que esta última es críticamente necesaria puesto que ofrecería el germen de evidencia imprescindible para conocer las necesidades de las figuras parentales, evaluar la efectividad de las intervenciones enfermeras diseñadas para promover la parentalidad, depurar y perfeccionar los diagnósticos enfermeros asociados al fenómeno, conocer su prevalencia y facilitar su implementación en el contexto de la práctica asistencial. Todo ello para ofrecer un servicio de cuidados acorde a lo que la población necesita y que contribuya a conseguir los ODS.

Niños, niñas y adolescentes necesitan adultos afectuosos y responsables para crecer y desarrollarse en contextos saludables y conformar comunidades que alcancen el mayor nivel de desarrollo posible. Las enfermeras resultan esenciales ante este gran reto.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se reconocen limitaciones asociadas a la metodología de la investigación, el nivel de evidencia alcanzado, la posibilidad de generalización de resultados y la capacidad de investigación de la doctoranda.

La principal limitación identificada es la falta de datos disponibles ante la imposibilidad de acceso a las fuentes primarias y originales del diagnóstico, restringidas al ámbito de la taxonomía NANDA-I. A pesar de haber formalizado la inscripción como socia y proceder a realizar la búsqueda en los recursos electrónicos disponibles (incluso solicitarla a representantes clave del ámbito la taxonomía), los esfuerzos fueron improductivos. Esta carencia, por su propia naturaleza, no pudo ser compensada de otro modo. No obstante, para la validación conceptual se superaron los 30 artículos, superando la muestra mínima recomendable establecida por consenso en 16 artículos.

Respecto a la muestra del estudio descriptivo para el análisis del conocimiento, la actitud y el uso del diagnóstico en el ámbito español, se reconoce que las técnicas de selección de la muestra (no aleatorizadas) pueden condicionar la respuesta. No obstante, es posible que el alcance y representatividad de la muestra, en cuanto a su tamaño, haya corregido esta limitación. Además, la falta de estudios previos de investigación sobre el tema no permitió comparar los hallazgos obtenidos.

Se reconoce también como una limitación no haber contemplado conocer si las enfermeras utilizan en su práctica profesional de manera efectiva la metodología enfermera y los LEE. Estos resultados habrían posibilitado conocer si, tal y como muestra la escasa evidencia existente, a mayor interacción con los diagnósticos las enfermeras muestran mejores actitudes, e incluso mejora la precisión, competencia y pensamiento crítico al respecto (271).

En relación al estudio de validación de contenido, se decidió cumplir con los criterios de inclusión sugeridos por Ferhing para la selección de expertas (Doctorado, experiencia clínica demostrada en diagnósticos enfermeros o haber realizado investigaciones al respecto) con el propósito de intentar contrarrestar las limitaciones habituales de estos

estudios, véase la definición de estos criterios y la captación de un número suficiente, aunque no existe consenso en la literatura en relación al número ideal de la muestra (274).

Ferhing estableció que serían necesarias al menos 50 enfermeras expertas para la realización del proceso de validación 24. Según esto, una limitación de este estudio es la muestra alcanzada en el grupo de expertas. No obstante, se superó el tamaño muestral de la Técnica Delphi en la línea de lo que otros autores consideran como suficientemente oportuno.

Se reconoce también como una limitación el escaso conocimiento del diagnóstico y del fenómeno de la parentalidad expresado por las propias enfermeras, puesto que esto ha podido influir en los informes y la consideración de los elementos susceptibles de análisis del diagnóstico para su validación, tanto en un sentido positivo como negativo.

La metodología de análisis de validez de contenido para depurar y perfeccionar el diagnóstico ofrece resultados cuantitativos, y en menor medida, cualitativos. Se valora oportuna la necesidad de completar a medio plazo el estudio de investigación con la incorporación de un grupo focal (Delphi modificado).

No puede obviarse que, en la segunda ronda del Delphi en la que los índices de contenido diagnóstico disminuyeron, influyera el efecto Rosenthal y Hawthorne; es decir, “lo que se espera sea contestado” y “las expectativas propias” y, a partir del cual las enfermeras contesten a tenor de lo que creen que es oportuno y respondan influidas por el criterio del resto de panelistas.

La validez de contenido realizada ofrece los resultados del consenso de expertos, pero se requiere además realizar estudio de validación clínica del diagnóstico para completar el estudio en su totalidad. Al haberse desarrollado en el contexto español, no permite la generalización de resultados debido a las limitaciones culturales. No obstante, se atendieron las recomendaciones de la literatura respecto a la investigación en diagnósticos puesto que se consideró la pertinencia de validar diagnósticos en diferentes contextos internacionales. Pudiera ser de interés configurar un grupo de expertos de diferentes nacionalidades para realizar una validación cuya aplicación pudiera ser más extensiva.

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Tomando como referencia que la investigación en la disciplina enfermera es esencial para el desarrollo del conocimiento y, mejorar la calidad del cuidado y la excelencia en la práctica clínica, ha de consolidarse una línea de investigación enfermera en el marco de la Promoción de la Salud, la Salud Familiar y la Parentalidad Positiva. Se entiende necesario estudiar y analizar el fenómeno de la parentalidad en todas sus dimensiones, desde la perspectiva enfermera, con objeto de mejorar el nivel de evidencia y la calidad de los resultados de investigación.

Siguiendo con la línea de investigación planteada por la AENTDE en 2013 respecto al foco 1, correspondiente a la investigación en valoración y diagnósticos enfermeros, parece conveniente completar el estudio de validación con metodologías cualitativas y la realización de un grupo focal según la técnica Delphi modificada. De igual modo, sería oportuno fortalecer el nivel de evidencia del diagnóstico realizando un estudio de validación clínica, incorporando instrumentos de medida del fenómeno de la parentalidad validados en el contexto español.

Se vislumbra la posibilidad de iniciar estudios de investigación que aporten evidencia sobre las propias metodologías de investigación. Tal y como se ha observado en este estudio, con respecto a los resultados obtenidos en la comparación entre muestras.

Además, a tenor de las estrategias sugeridas para aumentar el conocimiento y la consideración del diagnóstico en los ámbitos de la práctica clínica, la docencia, la gestión y la investigación, parece necesario que, de implementarse de manera efectiva, se evalúen los resultados obtenidos.

De manera más amplia, convendría mejorar la evidencia disponible del resto de diagnósticos NANDA relacionados con el fenómeno de la parentalidad para fortalecer la taxonomía y fomentar la EBE. La investigación en la parentalidad y en sus diagnósticos enfermeros vinculados, puede resultar especialmente relevante para la promoción del Desarrollo Humano Sostenible, la Salud de las personas, familias y comunidades y la disciplina enfermera. A título personal, un proyecto profesional de cara a futuro interesante.

CONCLUSIONES

La taxonomía NANDA-I cuenta con diagnósticos enfermeros que describen diferentes fenómenos vinculados con la parentalidad siendo susceptibles, y especialmente relevantes, para la intervención enfermera. A pesar de esto no se hallaron resultados de investigación específicos respecto al *Riesgo de deterioro parental*.

El estudio sobre el diagnóstico *Riesgo de deterioro parental*, se posiciona pertinente y aplicable en la realidad de España, aunque deja entrever cuestiones que han de ser depuradas e investigadas a medio y largo plazo.

Entre los hallazgos destaca que las enfermeras identifican la etiqueta diagnóstica, pero confirman que no habían recibido formación previa o esta es escasa sobre este diagnóstico en particular como problema enfermero. Existe correlación entre mayor nivel formativo e identificación de la etiqueta diagnóstica.

A pesar de haber alcanzado el *índice de validez de contenido* mínimo, aspecto que acreditaría un nivel de evidencia 2.3 según la NANDA, parece necesario continuar depurando el diagnóstico con un grupo focal.

El nivel de acuerdo alcanzado es moderado, un número considerable de factores de riesgo, población de riesgo y problemas asociados y los elementos no alcanzan puntuaciones significativas. Las enfermeras identifican que la etiqueta diagnóstica no ofrece suficiente claridad para las figuras parentales.

Se reconoce la necesidad de continuar incrementando la evidencia asociada al diagnóstico, fundamentalmente en lo que respecta a estudios de investigación vinculados con el fenómeno de la parentalidad y la intervención enfermera en esta área, además de fortalecer las competencias profesionales para promover la Parentalidad Positiva, el uso de la metodología enfermera y de manera específica del diagnóstico.

Se demuestra interés por el estudio de los diagnósticos y, por tanto, en el contexto español se puedan realizar estudios de validación de contenido de diagnósticos con el consenso de expertas según los criterios de Ferhring.

A partir de las reflexiones aportadas por las participantes en el estudio, especialmente en las manifestaciones cualitativas, se destaca que para las enfermeras, la verdadera motivación en el ejercicio del cuidado y su vocación de servicio tiene como razón de ser la promoción de la salud de la población, desde una perspectiva tanto individual como colectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización de Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo Sostenible | PNUD [Internet]. UNDP. [citado 29 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
2. Organización de Naciones Unidas (ONU). Objetivo 3: Salud y bienestar | PNUD [Internet]. UNDP. [citado 30 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
3. La Convención sobre los Derechos del Niño - UNICEF [Internet]. [citado 29 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos>
4. Consejo de Europa. Estrategia del Consejo de Europa para los derechos de los niños y las niñas (2016-2021) [Internet]. 2016. Disponible en: <https://rm.coe.int/estrategia-del-consejo-de-europa-para-los-derechos-de-los-ninos-y-las-/1680931c9a>
5. Constitución Española. BOE núm. 311, de 29/12/1978. [Internet]. [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
6. Observatorio de la Infancia (MSSSI). II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (II PENIA 2013-2016) [Internet]. 2013 [citado 29 de octubre de 2019]. Disponible en: https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/documentos/pdf/II_PLAN ESTRATEGICO_INFANCIA.pdf
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, CENTMinisterio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) [Internet]. WHO. [citado 30 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/
9. Vázquez N, Ramos P, Garuz MC, Artazcoz L. Parentalidad positiva, determinantes sociales de la salud y resiliencia. En Bilbao; 2013.
10. Vargas-Rubilar J, Arán-Filippetti V. The importance of parenthood for the child's cognitive development: a theoretical revision. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv [Internet]. 11 de marzo de 2014 [citado 26 de julio de 2019];12(1):171-86. Disponible en: http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/?page_id=2863

11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). La parentalidad en la Europa contemporánea: un enfoque positivo. [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/ParentalidadEuropacomtemp..pdf>
12. Consejo General de Enfermería de España. Código deontológico de la Enfermería Española [Internet]. 1989. Disponible en: <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf>
13. Cerullo JA da SB, Cruz D de ALM da. Clinical reasoning and critical thinking. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. febrero de 2010 [citado 24 de septiembre de 2019];18(1):124-9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000100019&lng=en&tlng=en
14. Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey C. Fundamentos de enfermería. España: DAE; 2012.
15. González Gutiérrez-Solana R, Espinosa i Fresnedo C. El desarrollo del lenguaje enfermero produce avances. Rev Rol Enferm [Internet]. 2017 [citado 30 de octubre de 2019];40(9):570-7. Disponible en: <https://medes.com/publication/126363>
16. Morilla Herrera JC, Cuevas Fernández-Gallego M, Morales Asencio JM, Martín Santos FJ. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (2ª parte). Metas Enferm [Internet]. 2006 [citado 30 de octubre de 2019];9(2):6-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1442332>
17. Kamitsuru S, Herdman TH, NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020. 11.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2019.
18. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
19. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7.ª ed. 2019.
20. Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. [Internet]. 10.ª ed. Madrid [etc.: Elsevier; 2015 [citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.elsevierlibrary.es/pdfreader/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacin-20152017>
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes [Internet]. 2003 [citado 30 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_02.21/es/
22. Orozco Vargas LC, Villamizar Carvajal B, Vargas Porras C. Impaired parenting in primiparous mothers: Clinical validation through rasch analysis. Aquichan

- [Internet]. 14 de julio de 2015 [citado 24 de septiembre de 2019];15(2):176-82. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4350/pdf>
23. Orozco LC, Pinilla E, Vargas C, Buitrago DA, Domínguez DB, Peñaranda LM, et al. Factores asociados con el diagnóstico de enfermería deterioro parental en madres hasta los 24 años de edad, durante el primer año de crianza. *Colomb Med* [Internet]. 2007;38(4):10. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342007000600009
 24. Brito Brito P, Rodríguez Álvaro M, Rosell C. Problemas NANDA del dominio psicosocial más frecuentes en Atención Primaria. *ENE Rev Enferm* ISSN 1988-348X N° 3 1 2009 Pags 42-51. 1 de enero de 2009;3.
 25. Acosta Suárez G, Medina Artiles E. Líneas de investigación en enfermería. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. diciembre de 1997 [citado 30 de octubre de 2019];13(2):103-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03191997000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 26. Zeleníková R, Maniaková L. Chronic Pain: Content Validation of Nursing Diagnosis in Slovakia and the Czech Republic: Chronic Pain: Content Validation. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. octubre de 2015 [citado 24 de septiembre de 2019];26(4):187-93. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12067>
 27. Lunney M. The Need for International Nursing Diagnosis Research and a Theoretical Framework. *Int J Nurs Terminol Classif* [Internet]. marzo de 2008 [citado 24 de septiembre de 2019];19(1):28-34. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-618X.2007.00076.x>
 28. de Souza Oliveira-Kumakura AR, Caldeira S, Prado Simão T, Camargo-Figuera FA, de Almeida Lopes Monteiro da Cruz D, Campos de Carvalho E. The Contribution of the Rasch Model to the Clinical Validation of Nursing Diagnoses: Integrative Literature Review. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. abril de 2018;29(2):89-96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27781407/>
 29. Zeleníková R, Kozáková R, Jarošová D. Clinical Validation of the Nursing Diagnosis Caregiver Role Strain in the Czech Republic: Clinical Validation of the Nursing Diagnosis Caregiver Role Strain. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. junio de 2014 [citado 24 de septiembre de 2019];25(2):80-4. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12020>
 30. Miguel S, Caldeira S, Vieira M. The Adequacy of the Q Methodology for Clinical Validation of Nursing Diagnoses Related to Subjective Foci. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. abril de 2018;29(2):97-103. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27860416/>
 31. Carteiro D, Caldeira S, Sousa L, Costa D, Mendes C. Clinical Validation of the Nursing Diagnosis of Sexual Dysfunction in Pregnant Women. *Int J Nurs Knowl*

- [Internet]. octubre de 2017;28(4):219-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27059165/>
32. Rabasová P. Validation studies of nursing diagnoses in neonatology. *Cent Eur J Nurs Midwifery*. 2016;7(1):402-10.
 33. Cañón-Montañez W, Rodríguez-Acelas AL. Desarrollo de la Investigación en Diagnósticos de Enfermería. *Rev Cuid* [Internet]. 1 de diciembre de 2010 [citado 24 de septiembre de 2019];1(1). Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/75>
 34. Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la Salud. [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible en: <https://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
 35. Juvinya-Canal D. Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enferm Clínica* [Internet]. 1 de mayo de 2013 [citado 1 de marzo de 2021];23(3):87-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-salutogenesis-nuevas-perspectivas-promover-salud-S1130862113000466>
 36. Felgueiras MCMA, Graça LCC da. Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Rev Enferm Referência* [Internet]. diciembre de 2013 [citado 15 de marzo de 2021];serIII(11):77-84. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832013000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 37. Martínez Pérez M. Determinantes sociales de salud como herramienta para una mejor intervención de enfermería. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 2009 [citado 27 de noviembre de 2019];31(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000600014
 38. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. abril de 2011 [citado 15 de marzo de 2021];85(2):129-39. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 39. Ruano Casado L, Mercé Valls E. Estado actual de la salutogénesis en España. Quince años de investigación. *Enferm Glob* [Internet]. 1 de abril de 2014 [citado 4 de septiembre de 2019];13(2):384-405. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/165721>
 40. Megías F, Cuesta D. Prevención y promoción de la salud mental. Factores de riesgo y factores de protección. En: *Enfermería en Salud Mental*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. (Ciencias de la Salud).
 41. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud [Internet]. 2016 [citado 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/>

42. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016 [Internet]. 2017 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anuual_SNS_2016_general.pdf
43. Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS). Hacia la equidad en Salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud [Internet]. 2010 [citado 21 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf
44. Martínez Liconá JF, Rodríguez Gámez GI, Díaz Oviedo A, Reyes Arellano MA, Martínez Liconá JF, Rodríguez Gámez GI, et al. Notions and conceptions of parenting and family. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [citado 20 de marzo de 2021];22(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452018000100211&lng=en&nrm=iso&tlng=en
45. Cid Rodríguez M del C, Montes de Oca Ramos R, Hernandez Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. agosto de 2014 [citado 3 de diciembre de 2019];36(4):462-72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242014000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
46. Silva C, Carneiro M. Adaptation to parenthood: the birth of the first child. *Rev Enferm Referência* [Internet]. 12 de diciembre de 2014 [citado 26 de julio de 2019];IV Série(3):17-26. Disponible en: http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2462&id_revista=24&id_edicao=68
47. García Pérez J, Martínez Suárez V. Guía práctica del Buen Trato al Niño [Internet]. 2012 [citado 25 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.ahedysia.org/guias/guias-listado/249-guia-practica-del-buen-trato-al-nino>
48. Novel Martí G, Lluch Canut MT, Miguel López de Vergara MD. *Enfermería Psicosocial y Salud Mental*. Barcelona. Elsevier Masson; 2007.
49. De la Cuesta C. Familia y Salud. *Rev Rol Enferm* [Internet]. 1995;(203-204):21-4. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/18356/1/Familia%20y%20salud.pdf>
50. Pi Osoria AM, Cobián Mena CA. Desarrollo de la función afectiva en la familia y su impacto en la salud familiar integral. *MEDISAN* [Internet]. 2010 [citado 27 de noviembre de 2019];14(3):338. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n3/san09310.pdf>

51. Organización Mundial de la Salud (OMS). Índices estadísticos de la salud de la familia [Internet]. Ginebra; 1976 [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40938/WHO_TRS_587_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
52. Placeres Hernández JF, de León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. Rev Médica Electrónica [Internet]. agosto de 2011 [citado 20 de marzo de 2021];33(4):472-83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242011000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
53. Organización de Naciones Unidas (ONU). Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://dudh.es/tag/familia/>
54. González MD, Martínez Barellos MR, González Carrión P. Salud, infancia y adolescencia. En Difusión Avances Enfermería; (Colección Enfermería Siglo XXI).
55. Aguilar Cordero MJ. Tratado de enfermería del niño y el adolescente. 2.^a ed. Elsevier; 2012.
56. Prats M, Pueyo M. Las familias como eje central de la organización. Rev Rol Enf. 2003;26(2):154-8.
57. Winch R. La familia moderna. En: Enfermería social, evaluación y procedimientos. México: Limusa; 1981.
58. Úbeda Bonet I. Atención a la familia ¿Utopía o realidad? Rev ROL Enferm [Internet]. 1995 [citado 3 de diciembre de 2019];(203):75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3558500>
59. Campo I, Yllá L, González-Pinto A, Bardaji P. Actitud de la familia hacia el enfermo mental. Actas Esp Psiquiatr. 2010;1(38):57-64.
60. Herrera P. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. Humanidades Médicas [Internet]. agosto de 2012 [citado 20 de marzo de 2021];12(2):184-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-81202012000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
61. Megías Lizancos F, Serrano Parra MD. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. 2016.^a ed. Difusión Avances Enfermería; (Colección Enfermería Siglo XXI).
62. Silberstein D. La familia, un paciente olvidado. Rev Rol Enf. 1997;223:25-30.
63. Rebraca L. Terapia de pareja y familia. En: Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental Concepto básicos. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2006.
64. Alba Robles JL. La familia actual y sus implicaciones en el cuidado enfermero revisar educare julio 2010. Educare21. 2018;8(7).

65. Junco Torres I. La familia en desventaja social: análisis de los diferentes componentes de la configuración familiar. En: Calidad, género y equidad en la atención integral a la salud de la infancia y adolescencia Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad 5 (SIAS 5). Sociedad de Pediatría Social. 2007.
66. Lima-Rodríguez JS, Lima-Serrano M, Sáez-Bueno Á. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enferm Clínica* [Internet]. 1 de septiembre de 2009 [citado 20 de marzo de 2021];19(5):280-3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862109001065>
67. Robledo de Dios M. Salud y Enfermería en el sistema familiar. En: *Ciencias Psicosociales Aplicadas II. Síntesis Editorial*; 2000.
68. Martínez-Riera J, Del Pino R. Familia y Salud. En: *Manual práctico de Enfermería Comunitaria*. Elsevier España; 2014. p. 311-5.
69. Andrade L, Martins MM, Angelo M, Martinho J. 2 Families with twins - a systematic review. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. septiembre de 2014 [citado 20 de marzo de 2021];23(3):758-66. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300758&lng=en&tlng=en
70. Custódio Lopes M da S de O, Rodríguez Dixe M dos AC. Ejercicio parental positivo por los padres de niños hasta tres años: construcción y validación de escalas de medición. *Rev Latino-AmEnfermagen* [Internet]. 2012 [citado 25 de febrero de 2020];4(20). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000400020&script=sci_arttext&tlng=es
71. Horwitz N, Ringeling I. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Bol Sanit Panam* [Internet]. 1985;2(98):144-55. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/1066>
72. Cabanyes J, Monge M. Familia y Problemas Psíquicos. Implicaciones en la vida conyugal y familiar. En: *La Salud Mental y sus Cuidados*. Universidad de Navarra; 2010. p. 191-9.
73. Alonso B, Del Rosario M, García S, Álvarez E, Enríquez V, Mera R. Alianza Terapéutica y apoyo familiar: pilares fundamentales del cuidado en la esquizofrenia. En: *XXVIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental*. Madrid: ANESM; 2011.
74. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares 2019 [Internet]. 2019 [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ech_2019.pdf
75. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta continua de hogares 2020 [Internet]. 2020 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf
76. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos básicos- Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo - Año 2019 [Internet]. INE. [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414>

77. Banco Mundial BIRF - AIF. Tasa de fertilidad [Internet]. 2019 [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>
78. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos básicos - Año 2019 [Internet]. INE. 2019 [citado 10 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
79. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta fecundidad 2018 [Internet]. 2019 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ef_2018_d.pdf
80. Asamblea General Consejo Económico y Social Naciones Unidas. Aplicación de los objetivos del Año Internacional de la Familia y sus procesos de seguimiento [Internet]. 2019 [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/75/61%E2%80%93E/2020/4>
81. Zalakain J. Políticas de apoyo a las familias en Europa: nuevos contextos y nuevas orientaciones. *Zerb Gizarte Zerb Aldizkaria Rev Serv Soc* [Internet]. 2014 [citado 20 de marzo de 2021];(56):17-39. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4854200>
82. Organización de Naciones Unidas (ONU). Día Internacional de las Familias 15 de Mayo [Internet]. Naciones Unidas. United Nations; [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/es/observances/international-day-of-families>
83. Bernal Martínez de Soria A, Sandoval Estupiñán LY. Parentalidad Positiva o ser padres y madres en la educación familiar. *ESE Estud Sobre Educ*. 2013;25:133-49.
84. Instituto de Política Familiar. Misión y actividades [Internet]. Instituto de Política Familiar Federación Internacional. 2013 [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://ipfe.org/Quienes-Somos>
85. Gobierno de España. Plan Integral de Apoyo a la Familia 2015-2017 [Internet]. 2015 [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/4679_d_PIAF-2015-2017.pdf
86. Comunidad de Madrid. Estrategia de apoyo a la familia de la Comunidad de Madrid, 2016-2021. Consejería de Políticas Sociales y Familia, Dirección General de Familia y el Menor; 2016.
87. Gobierno de Navarra. II Plan Integral de Apoyo a la Familia, la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Navarra 2017-2023 [Internet]. 2017. Disponible en: https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/ii_plan_familia_e_infancia-19-07-2017.pdf
88. Gobierno Vasco. IV Plan Interinstitucional de Apoyo a las Familias 2018-2022 [Internet]. [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/plan_departamental/20_plandep_xileg/es_def/

adjuntos/IV%20Plan%20Interinstitucional%20de%20Apoyo%20a%20las%20Familias%20de%20la%20CAE%202018_2022.pdf

89. Vicente MC. Cuidadoras informales en el medio hospitalario. *Rev ROL Enferm* [Internet]. 2001 [citado 21 de marzo de 2021];24(7):503-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3557599>
90. Ackermans A, Andolfi M, Agoff I. La creación del sistema terapéutico. La Escuela de Terapia Familiar de Roma [Internet]. 1990 [citado 20 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.agapea.com/libros/LA-CREACION-DEL-SISTEMA-TERAPEUTICO-La-escuela-de-Terapia-Familiar-de-Roma-9788449300868-i.htm>
91. Organización Mundial de la Salud (OMS). La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia [Internet]. Ginebra; 2004 [citado 20 de marzo de 2021]. Report No.: A57/12. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_12-sp.pdf
92. González Varea J, Armengol J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Azcón MA. Cuidar a los cuidadores: atención familiar. *Enferm Glob* [Internet]. 2005 [citado 21 de marzo de 2021];4(1). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/517>
93. Ríos C, Velásquez Y. Incluir a la familia en el cuidado: una meta de la enfermería. *Educare*21. 2004;(14).
94. González Benítez I. Reflexiones acerca de la salud familiar. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. octubre de 2000 [citado 3 de diciembre de 2019];16(5):508-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252000000500015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
95. Martínez-Montilla JM, Amador-Marín B, Guerra-Martín MD, Martínez-Montilla JM, Amador-Marín B, Guerra-Martín MD. Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enferm Glob* [Internet]. 2017 [citado 20 de marzo de 2021];16(47):576-604. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412017000300576&lng=es&nrm=iso&tlng=es
96. Giraldo BP. El cuidado de la enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. *Aquichan* [Internet]. 2002 [citado 21 de marzo de 2021];2(1). Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/19>
97. Domínguez-Nariño C, Camargo-Figuera F, Flórez-García J, Domínguez-Torres LJ, Luna-Figueroa D. Validación de un formato para algunos diagnósticos de enfermería de interés en la familia. *Rev Cuba Enferm*. 1 de diciembre de 2012;28:455-64.
98. Instrumento de Ratificación del Convenio Europeo sobre el Ejercicio de los Derechos de los Niños. BOE NÚM. 45, de 21/02/2015 [Internet]. [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/ai/1996/01/25/1>
99. Consejo de Europa. Construire une Europe pour et avec les enfants: Abolition des châtimets corporels des enfants. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2009.

100. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 15, de 17/01/1996 [Internet]. 1996. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1996/01/15/1/dof/spa/pdf>
101. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 175, de 23/07/2015 [Internet]. [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222
102. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 180, de 29/07/2015 [Internet]. [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8470
103. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). III Plan de Acción contra la Explotación Sexual de la Infancia y la Adolescencia [Internet]. 2011 [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/IIIPlanContraExplotacion.pdf>
104. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia de Abordaje de la Cronicidad [Internet]. 2012 [citado 3 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
105. Torío López S, Peña Calvo JV, Rodríguez Menéndez M del C. Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. Teoría Educ [Internet]. 2008 [citado 3 de junio de 2021];(20):151-78. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2718367>
106. Infancia en datos [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.infanciaendatos.es/>
107. Instituto Nacional de Estadística. Tasa Bruta de Natalidad [Internet]. INE. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1381#!tabs-grafico>
108. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Bienestar infantil en España 2016. Indicadores básicos sobre la situación de los niños y las niñas en nuestro país [Internet]. 2016 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/recursos/Bienestar-Infantil-en-Espana-2016.pdf?ac=AC-4340>
109. Instituto Nacional de Estadística. Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses por grupos de edad. [Internet]. INE. 2011 [citado 11 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/10/&file=d03002.px&L=0

110. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) [Internet]. 2019 [citado 3 de junio de 2021]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf
111. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia NAOS) [Internet]. 2005 [citado 3 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
112. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2008-2010 [Internet]. 2008 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/inclusionSocialEspaña/marcoUnionEuropea/planNacionalAccionInclusionSocial/2009_0_plan_nac_accion_inclusion_social_2008_2010.pdf
113. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. Proyecto apego sobre evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af9587b0c7e9_apego1.pdf
114. Araújo Martins C, Correia Pinto de Abreu WJ, Aguiar Barbieri de Figueiredo M do C. Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. *Rev Enferm Referência* [Internet]. 2014 [citado 25 de febrero de 2020];IV(2):121-31. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832014000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
115. Izzedin Bouquet R, Pachajoa Londoño A. Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza... ayer y hoy. *Liberabit* [Internet]. julio de 2009 [citado 11 de junio de 2021];15(2):109-15. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-48272009000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
116. Infante Blanco A, Martínez Liconá JF. Concepciones sobre la crianza: el pensamiento de madres y padres de familia. *Liberabit* [Internet]. 2016;22(1):11. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v22n1/a03v22n1.pdf>
117. Cardoso A, Silva AP e, Marin H. Parenting competencias: development of an assessment instrument. *Rev Enferm Referência* [Internet]. 2015;IV(4):7-16. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/a2eb7f7b4f0dea52e568905e2da08872/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2042208>
118. Da Silva Lucio FP, Cavalcante de Araújo E. A maternidade de mães lésbicas na perspectiva da enfermagem: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet].

- 11 de mayo de 2017 [citado 25 de febrero de 2020];19. Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/40304>
119. Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/informeRecomendacion.pdf>
 120. Woodgate RL, Edwards M, Ripat JD, Borton B, Rempel G. Intense parenting: a qualitative study detailing the experiences of parenting children with complex care needs. *BMC Pediatr* [Internet]. 26 de noviembre de 2015 [citado 11 de junio de 2021];15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4660805/>
 121. Carvalho Graça LC, Barbiéri Figueiredo M do C, Carreira MTC. Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade Contribuciones de una intervención de enfermería de Atención Primaria para la transición a la maternidad Contributions of primary health care nursing intervention to the motherhood transition. *Rev Enferm Referência* [Internet]. 1 de julio de 2011 [citado 3 de marzo de 2021];III(4):27-35. Disponible en: <https://doaj.org>
 122. Cardoso AMR, Marín H de F. Gaps in the knowledge and skills of Portuguese mothers associated with newborn health care. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 7 de mayo de 2018 [citado 26 de julio de 2019];26(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100307&lng=en&tlng=en
 123. Vásquez N, Ramos P, Molina MC, Artazcoz L. Efecto de una intervención de promoción de la parentalidad positiva sobre el estrés parental. *Aquichan* [Internet]. 1 de junio de 2016 [citado 24 de septiembre de 2019];16(2):137-47. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5354/pdf>
 124. Ferreira FH, Wernet M, Marski B de SL, Ferreira GI, Toledo LPN de, Fabbro MRC. Experiência paterna no primeiro ano de vida da criança: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2015 [citado 24 de abril de 2021];17(3). Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/29300>
 125. Lutz KF, Anderson LS, Riesch SK, Pridham KA, Becker PT. Furthering the Understanding of Parent–Child Relationships: A Nursing Scholarship Review Series. Part 2: Grasping the Early Parenting Experience—The Insider View. *J Spec Pediatr Nurs* [Internet]. 2009 [citado 25 de febrero de 2020];14(4):262-83. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1744-6155.2009.00209.x>
 126. Lewin L, Farkas K, Niazi M. Mother–Child Relational Quality of Women in Substance Abuse Treatment. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. [citado 25 de febrero de 2020];23(1):50-60. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1078390316673715>

127. Baltanás AM, Aguilera C, Aranda I, Prieto MA, Gómez MV, Gutiérrez EJ. Fomentando la prevención. Cuestión de apego. En: XXXI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental «Los Cuidados enfermeros desde una aproximación relacional». Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2014. p. 608-11.
128. Fonagy P. Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*. Aperturas psicoanalítica [Internet]. 1999 [citado 4 de junio de 2021];3. Disponible en: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=86&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
129. Parental. [Internet]. Real Academia Española. [citado 7 de junio de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/parental>
130. Asociación de Familias Monomarentales de Álava. monoMarental [Internet]. Axola. 2016 [citado 7 de junio de 2021]. Disponible en: <https://familiasmonomarentales.wordpress.com/2016/11/24/83/>
131. Lopes MSOC, Catarino H, Dixe MA. Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. *Rev Enferm Referência* [Internet]. julio de 2010 [citado 24 de febrero de 2020];serIII(1):109-18. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832010000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
132. Lopes Corrêa ACL, Könzgen Meincke SMK, Schwartz E, Netto de Oliveira AMN de, Soares MC, Jardim VM da R. Men's perception of the experience of parenting in adolescence: a bioecological perspective. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. marzo de 2016;37(1):e54692. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/45CgryYKJnXbjsnCYFCH37M/?lang=en>
133. Velasco Abellan M, Carrobles García A, Gómez Cantarino S, Sukkariéh Noria S. La evolución de los tiempos: Adaptación del rol paterno. *Rev Paraninfo Digit* [Internet]. 2012;16. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/211d.php>
134. Rodrigo MJ. Quality of implementation in evidence-based positive parenting programs in Spain: Introduction to the special issue. *Psychosoc Interv* [Internet]. 1 de agosto de 2016 [citado 3 de junio de 2021];25(2):63-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113205591600020X>
135. Rodrigo López M, Martín Quintana J. Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Psychosoc Interv* [Internet]. 2009 [citado 7 de junio de 2021];18(2):113-20. Disponible en: <http://journals.copmadrid.org/pi/article.php?id=758a06618c69880a6cee5314ee42d52f>
136. Gómez Muzzio E, Muñoz Quinteros MM. Manual-de-la-Escala-de-Parentalidad-Positiva.pdf [Internet]. Fundación ideas para la infancia; 2014 [citado 7 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.observaderechos.cl/site/wp-content/uploads/2013/12/Manual-de-la-Escala-de-Parentalidad-Positiva.pdf>
137. Pridham KA, Lutz KF, Anderson LS, Riesch SK, Becker PT. Furthering the understanding of parent-child relationships: a nursing scholarship review series. Part

- 3: Interaction and the parent-child relationship--assessment and intervention studies. *J Spec Pediatr Nurs JSPN*. enero de 2010;15(1):33-61.
138. Ministerio de Sanidad y Política Social. Parentalidad Positiva y políticas locales de apoyo a las familias. [Internet]. Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP); [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/folletoParentalidad.pdf>
139. Pulquério de Paula JMP de. Estilos parentais, inteligência emocional e o enfant terrible: relações, implicações e reflexões. *Rev Enferm Referência* [Internet]. 2012 [citado 25 de febrero de 2020];(8):155-62. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239967008.pdf>
140. Antolinez Figueroa C, Saavedra Cantor CJ, Puerto Guerrero AH, Calderón Romero CM, Antolinez Figueroa C, Saavedra Cantor CJ, et al. Meaning of parenting as a teenager. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 4 de junio de 2021];35(3):348-55. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-53072017000300348&lng=en&nrm=iso&tlng=en
141. De Souza Ferreira Soares RL, Moreira Christoffel M, Rodrigues E da C, Diniz Machado MED, Loureiro da Cunha A. The meanings of caring for pre-term children in the vision of male parents. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2016 [citado 18 de mayo de 2021];25(4). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400316&lng=en&tlng=en
142. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222, de 16/09/2006. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>
143. Martínez González R-A. Programa-guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales. *Papeles Salmant Educ* [Internet]. 2010 [citado 22 de abril de 2021];(14):63-88. Disponible en: <https://summa.upsa.es/details.vm?q=id:0000030629>
144. Save the Children. Creciendo Juntos como padres y madres. 2009;50. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/creciendo_como_padres.pdf
145. Instituto Universitario UAM-UNICEF de Necesidades y Derechos de la Infancia y la Adolescencia. Instituto Universitario de Necesidades y Derechos de la Infancia y la Adolescencia (IUNDIA) [Internet]. [citado 22 de abril de 2021]. Disponible en: <http://iundia.es/INICIO/>
146. Hernández Martín F, Gallego Lastra R del, Alcaraz González S, González Ruiz JM. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cult Los Cuid Rev Enferm Humanidades* [Internet]. 1997 [citado 1 de marzo de 2021];(02):21-35. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/5239>

147. Herrera Zuleta IA, Bautista Perdomo LA, López Reina MJ, Ordoñez Correa MI, Rojas Rivera JJ, Suarez Riascos H, et al. Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado por enfermería. *Rev Cienc Cuid* [Internet]. 2016 [citado 1 de marzo de 2021];13(2). Disponible en: <https://studylib.es/doc/7248106/percepciones-de-las-gestantes-en-torno-al-cuidado-humanizado>
148. Toledano B, Javier F. Posibilidades didácticas del cine comercial en las ciencias de la salud: el caso del Grado en Enfermería de la Universidad de Sevilla [Internet]. Universidad de Sevilla; 2016 [citado 1 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/39609>
149. Carrillo González GM, Rubiano Mesa YL. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. *Rev Cuba Enfermer* [Internet]. 2007 [citado 30 de octubre de 2019];23(3):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192007000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
150. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegia de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE núm. 269, de 9/11/2001. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf>
151. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22/11/2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
152. Carvalho JM das N, Ribeiro Fonseca Gaspar MF, Ramos Cardoso AM, Universidade de Coimbra, Cardoso A, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: Initial difficulties. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 2017 [citado 3 de marzo de 2021];35(3):285-94. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/329203>
153. Brandi Purata A, Paulín Rocha A. Holismo, Esencia del Cuidado. *Desarro Científ Enferm*. 2004;12(1):4.
154. Mariano PP, Mantelo Cecilio HPM, Nogueira da Paz R de CN da, Decesaro M das N, Marcon SS. Cuidando de quem não tem família: percepção de mães acolhedoras sobre esta experiência. *Psicol USP* [Internet]. 2014 [citado 3 de marzo de 2021];25(1):21-32. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000100003&lng=pt&tlng=pt
155. Consejo Internacional de Enfermeras. Cuidar a la familia. Las enfermeras dispuestas siempre a ayudarte. Día Internacional de la Enfermera 2002. Consejo Internacional de enfermeras. Ginebra (Suiza); 2002.
156. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 9.^a ed. Elsevier; 2018.

157. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Médica Espirituana* [Internet]. 2017 [citado 7 de junio de 2021];19(3). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
158. López Romero MAL. Equivalencia semántica entre diagnósticos de la taxonomía NANDA-I y el sistema unificado de lenguaje CIPE. Una aproximación a la armonización del lenguaje enfermero. [Internet]. Universidad Complutense de Madrid; 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=127239&info=resumen>
159. Vincent KG. The validation of a nursing diagnosis. A nurse consensus survey. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 1985;20(4):631-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3852295/>
160. Del Gallego Lastra R, Diz Gómez J, López Romero MA. Metodología enfermera. Lenguajes estandarizados. [Internet]. Madrid; 2015 [citado 12 de junio de 2021]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/35200/1/Libro%20Metodolog%C3%ADa%20Ed1.pdf>
161. Hernández PE. Validación de contenido del diagnóstico de enfermería “trastorno de los procesos de pensamiento” [Internet]. Universidad Pública de Navarra; 2015. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/19356>
162. Peña-Otero D, Recio-Vivas A, Ortega Lozano R, Visiers-Jiménez L. Razonamiento etiológico de los diagnósticos tegumentarios. *Nuberos Científica* [Internet]. 2019;3(27):11-7. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/nc/2711nc>
163. Ugalde Apalategui M, Rigol i Cuadra A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. [Internet]. Masson. Barcelona; 1995 [citado 30 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.aentde.com/pages/bibliografia/fondo_documental/diagnosticosenfermerianandaugaldelibrocompleto/
164. Brito-Brito PR, Rodríguez-Álvarez C, Sierra-López A, Rodríguez-Gómez JÁ, Aguirre-Jaime A. Diseño y validación de un cuestionario para el diagnóstico enfermero psicosocial en Atención Primaria. *Enferm Clínica* [Internet]. 1 de mayo de 2012 [citado 30 de octubre de 2019];22(3):126-34. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-diseno-validacion-un-cuestionario-el-S1130862112000447>
165. Hardiker NR, Rector AL. Structural Validation of Nursing Terminologies. *J Am Med Inform Assoc JAMIA* [Internet]. 2001 [citado 3 de marzo de 2021];8(3):212-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC131029/>
166. Rodríguez-Acelas AL, Cañón-Montañez W. Caminos metodológicos: validación y desarrollo de diagnósticos de enfermería. *Rev Cuid* [Internet]. 15 de mayo de 2015 [citado 25 de septiembre de 2019];6(1):879-81. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/248>

167. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 225, de 16/09/2010 [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-14199>
168. Brandao Chaves EHB, Bottura Leite De Barros ALBL, Marini M. Aging as a related factor of the nursing diagnosis impaired memory: content validation. *Int J Nurs Terminol Classif Off J NANDA Int* [Internet]. marzo de 2010;21(1):14-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20132354/>
169. Francisco del Rey C. Entrevista con la Doctora Mary Ann Lavin. *Rol Enferm.* diciembre de 1996;220:29-30.
170. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona: Elsevier España; 2009.
171. Garbuio DC, de Carvalho EC, Napoleão AA. Concept Analysis and Content Validation of Risk of Injury to the Urinary Tract: Nursing Diagnosis: Concept Analysis and Content Validation of Risk of Injury to the Urinary Tract. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2015 [citado 16 de julio de 2019];26(4):170-7. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12062>
172. Guirao Goris JAG. Método de validación de contenido de la Taxonomía II de la NANDA. En: V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería [Internet]. Valencia; 2004. Disponible en: <https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/TaxoII.pdf>
173. Santos CT dos, Almeida M de A, Lucena A de F. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 30 de octubre de 2019];24(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100335&lng=en&tlng=en
174. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung J Crit Care.* 1987;16(6):625-9.
175. Gurková E, Ziaková K, Cáp J. Content validation of hopelessness in Slovakia and Czech Republic. *Int J Nurs Termin Classif* [Internet]. 2011;22(1):33-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21255261/>
176. Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. The expert nurse profile and diagnostic content validity of Sedentary Lifestyle: the Spanish validation. *Int J Nurs Termin Classif* [Internet]. septiembre de 2007;18(3):84-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17714236/>
177. Appoloni AH, Herdman TH, Napoleão AA, Campos de Carvalho E, Hortense P. Concept analysis and validation of the nursing diagnosis, delayed surgical recovery. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. octubre de 2013;24(3):115-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23621886/>

178. Investigación en técnicas de análisis cualitativo: el método Delphi [Internet]. [citado 30 de octubre de 2019]. Disponible en: https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/15352/report5_PauQueralto.pdf
179. Yañez Gallardo R, Cuadra Olmos R. La Técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Cienc Enferm* [Internet]. 2008 [citado 30 de octubre de 2019];14(1):9-15. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000100002
180. García Valdés M, Suárez Marín M. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2013;39(2):253-67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200007
181. Sparks SM, Lien-Gieschen T. Modification of the diagnostic content validity model. *Nurs Diagn ND Off J North Am Nurs Diagn Assoc.* marzo de 1994;5(1):31-5.
182. Grant JS, Kinney MR. Using the Delphi technique to examine the content validity of nursing diagnoses. *Nurs Diagn ND Off J North Am Nurs Diagn Assoc.* marzo de 1992;3(1):12-22.
183. Quatrini Carvalho Passos Guimarães HC, Barbosa Pena S, De Lima Lopes J, Takao Lopes C, Bottura Leite de Barros AL. Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection Criteria. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. julio de 2016 [citado 23 de julio de 2019];27(3):130-5. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/2047-3095.12089>
184. De Oliveira Lopes MV de O, Da Silva VM da, Araujo TL de. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. octubre de 2013 [citado 23 de julio de 2019];66(5):649-55. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500002&lng=pt&tlng=pt
185. Guirao-Goris JA, Moreno Pina P, Martínez-Del Campo P. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera “sedentarismo”. *Enferm Clínica* [Internet]. enero de 2001 [citado 23 de julio de 2019];11(4):135-40. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862101737060>
186. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1992-1993.* Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1994.
187. North American Nursing Diagnosis Association. *Nursing diagnoses: definitions and classification 1995-1996.* Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association; 1996.
188. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002.* Barcelona: Harcourt; 2001.

189. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1999-2000. 25 Aniversario. Barcelona: Harcourt; 1999.
190. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación. 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.
191. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión clínica y guía práctica. 9.^a ed. Elsevier Masson; 2013.
192. Reinhardt Andrade FM, Simões Figueiredo A, Capelas ML, Charepe Z, Deodato S. Experiences of Homeless Families in Parenthood: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Evidence. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 15 de abril de 2020 [citado 24 de abril de 2021];17(8):2712. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2712>
193. De Oliveira Reticena K, Tolentino Yabuchi V do N, Pereira Gomes MF, D'Emery Siqueira L, Porto de Abreu FC, Aparecida Fracolli L. Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. *Rev Lat-Am Enferm* [Internet]. 2019 [citado 25 de abril de 2021];27:e3213. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100609&tlng=en
194. De Freitas MS, Meneses dos Santos IM, Johanson da Silva L, Moreira Christoffel M, Rangel da Silva L. Parentalidade de pais de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita à luz da teoria das transições. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2018 [citado 24 de abril de 2021];27(4). Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/tc/article/view/27423p>
195. Cossul MU, Silveira AO, Pontes TB, Martins G, Wernet M, Cabral CC de O. Parenting beliefs and practices regarding domiciliary care of premature infants. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2015 [citado 24 de abril de 2021];19(4). Disponible en: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20150064>
196. Young-Mee A, Nam-Hee K. Parental Perception of Neonates, Parental Stress and Education for NICU Parents. *Asian Nurs Res* [Internet]. 2007 [citado 24 de abril de 2021];1(3):199-210. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1976131708600225?token=0F9F6816B2394D91186ECF23E8CE291E257CF4F294714F335CC1BE19B0AE82CD4CB8A70ADC38B083431CADCCDEC0DE05&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210424185251>
197. Romaniuk D, O'Mara L, Akhtar-Danesh N. Are parents doing what they want to do? Congruency between parents' actual and desired participation in the care of their hospitalized child. *Issues Compr Pediatr Nurs* [Internet]. junio de 2014 [citado 25 de abril de 2021];37(2):103-21. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=95877371&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

198. Aftyka A, Rosalska I, Rybojad B, Samardakiewicz ME. Polish version of the Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. 2019;26(1):67-72. Disponible en: <http://www.aem.pl/Polish-version-of-the-Parental-Stressor-Scale-Neonatal-Intensive-Care-Unit,89769,0,2.html>
199. González Villanueva P, Ferrer Cerveró V, Agudo Gisbert E, Medina Moya JL. Los padres y la familia como parte del cuidado en cuidados intensivos de pediatría. *Index Enferm* [Internet]. septiembre de 2011 [citado 25 de abril de 2021];20(3):151-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962011000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
200. Mooney-Doyle K, Deatrck JA, Horowitz JA. Tasks and Communication as an Avenue to Enhance Parenting of Children Birth-5years: An Integrative Review. *J Pediatr Nurs* [Internet]. enero de 2015 [citado 24 de abril de 2021];30(1):184-207. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24680918/>
201. Hrybanova Y, Ekström A, Thorstensson S. First-time fathers' experiences of professional support from child health nurses. *Scand J Caring Sci* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 25 de abril de 2021];33(4):921-30. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=140850071&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
202. Queiroz de Souza Mendes C, Mandetta Pettengill MA, Harumi Tsunemi M, Ferreira Gomes Baliero MM. Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Self-efficacy Checklist. *Rev Bras Enferm* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 24 de abril de 2021];72(suppl 3):274-81. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900274&tlng=en
203. Walker T. Parents need care too: providing family-centred care during paediatric resuscitation in a rural area. *Aust J Rural Health* [Internet]. febrero de 2001 [citado 25 de abril de 2021];9(1):18-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11703262/>
204. Boström K, Nilsagård Y. A family matter - when a parent is diagnosed with multiple sclerosis. A qualitative study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016;25(7-8):1053-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26868176/>
205. Roldão Caetano AB de J, Marques Monteiro Dias Mendes IM, De Aguiar Sá Azeredo Rebelo Z. Maternal concerns in the postpartum period: an integrative review. *Rev Enferm Referência* [Internet]. 29 de junio de 2018 [citado 24 de abril de 2021];IV Série(17):149-60. Disponible en: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2858&id_revista=24&id_edicao=132
206. Viana LC, Morales Viana LC. Experiencing growth and development of a visually impaired son. *Rev Salud Uninorte* [Internet]. 15 de enero de 2016 [citado 24 de abril de 2021];32(1):65-72. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/7796/8474>

207. Lee T-Y, Lin H-R, Huang T-H, Hsu C-H, Robin Bartlett. Assuring the integrity of the family: being the father of a very low birth weight infant. *J Clin Nurs* [Internet]. febrero de 2009 [citado 24 de abril de 2021];18(4):512-9. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2008.02487.x>
208. Silva Carvalho M, Lourenço M, Charepe Z, Nunes E. Intervenciones promotoras de esperanza en padres de niños con necesidades especiales de salud: una revisión scoping. *Enferm Glob* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 25 de abril de 2021];18(53):646-89. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000100020
209. De Sousa e Silva C, Fernandes Carneiro M do N. First-time parents: acquisition of parenting skills. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2018 [citado 24 de abril de 2021];31(4). Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/ape/v31n4/en_1982-0194-ape-31-04-0366.pdf
210. Lagan M, Knights K, Barton J, Boyce PM. Advocacy for mothers with psychiatric illness: A clinical perspective. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2009 [citado 24 de abril de 2021];18(1):53-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19125787/>
211. Anderson LS, Riesch SK, Pridham KA, Lutz KF, Becker PT. Furthering the understanding of parent-child relationships: A nursing scholarship review series. part 4: Parent-child relationships at risk. *J Spec Pediatr Nurs* [Internet]. 2010;15(2):111-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048028/>
212. Mirza M, Krischer A, Stolley M, Magaña S, Martin M. Review of parental activation interventions for parents of children with special health care needs. *Child Care Health Dev* [Internet]. mayo de 2018 [citado 25 de abril de 2021];44(3):401-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29484702/>
213. Moreira PL, Angelo M. Ser madre de un niño con cáncer: construyendo la relación. *Rev Lat-Am Enferm* [Internet]. 2008;16(3):8. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/wWgvTPf6r6fhHQfVdDgS4H/abstract/?lang=es>
214. Huang Y-P, St John W, Tsai S-W, Chen H-J. Taiwanese Fathers' Experiences of Having Their Child Diagnosed With a Developmental Disability. *J Nurs Res* [Internet]. diciembre de 2011 [citado 24 de abril de 2021];19(4):239-49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22089649/>
215. Carmona EV, Nogueira do Vale I, Vieira da Silva C, Freitas de Vilhena Abrão ACF. Parental role conflict: the nursing diagnosis in mothers of hospitalized newborns. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. abril de 2013 [citado 24 de abril de 2021];21(2):571-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23797551/>
216. Copeland D, Harbaugh BL. Differences in Parenting Stress between Married and Single First Time Mothers at Six to Eight Weeks After Birth. *Issues Compr Pediatr Nurs* [Internet]. julio de 2005 [citado 25 de abril de 2021];28(3):139-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16251160/>

217. Frade J, Pinto C, Carneiro M do N. Ser padre y ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. *Matronas Profesión* [Internet]. 2013;2:45-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4455437>
218. Pasinato L, Pereira Mosmann C. Transição para a parentalidade e a coparentalidade: casais que os filhos ingressaram na escola ao término da licença-maternidade. *Av En Psicol Latinoam* [Internet]. 15 de enero de 2016 [citado 24 de abril de 2021];34(1):129-42. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v34n1/v34n1a10.pdf>
219. Sadrudin Premji S, Reilly S, Currie G, Dosani A, Oliver LM, Lodha AK, et al. Experiences, mental well-being and community-based care needs of fathers of late preterm infants: A mixed-methods pilot study. *Nurs Open* [Internet]. 2020 [citado 24 de abril de 2021];7(1):127-36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31871696/>
220. Letie de Souza Ferreira Soares R, Moreira Christoffel M, Rodrigues E da C, Diniz Machado ME, Loureiro da Cunha A. Being a father of a premature newborn at neonatal intensive care unit: from parenthood to fatherhood. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [citado 24 de abril de 2021];19(3). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Yz7tsdnM4fGwSbVTrV4fnTb/?lang=en>
221. Nyström K, Öhrling K. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2004 [citado 24 de abril de 2021];46(3):319-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15066113/>
222. Montigny F de, Lacharité C, Amyot É. Becoming a parent: a model of parents' postpartum experience. *Empir Res* [Internet]. abril de 2006 [citado 24 de abril de 2021];16(33):25-36. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000100005&lng=en&tlng=en
223. Ordway MR, Sadler LS, Dixon J, Slade A. Parental reflective functioning: analysis and promotion of the concept for paediatric nursing. *J Clin Nurs* [Internet]. diciembre de 2014 [citado 24 de abril de 2021];23(23-24):3490-500. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24750548/>
224. Gilmer C, Buchan JL, Letourneau N, Bennett CT, Shanker SG, Fenwick A, et al. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. julio de 2016 [citado 24 de abril de 2021];59:118-33. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748916300074>
225. Mota de Carvalho G, Barbosa Merighi MA, Pinto de Jesus MC. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. marzo de 2009 [citado 24 de abril de 2021];18(1):17-24. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100002&lng=pt&tlng=pt

226. Póo AM, Aravena G, Mieres Y, Canales P, Póo F AM, Aravena C G, et al. Significado otorgado a la parentalidad durante el transcurso del embarazo por padres adolescentes. *Index Enferm* [Internet]. septiembre de 2018 [citado 25 de abril de 2021];27(3):118-22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962018000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
227. de Carvalho GM de, Jesus MCP de, Merighi MA. Perdas e ganhos advindos com a parentalidade recorrente durante a adolescência. *Mundo Saúde* [Internet]. 2008;32(4):437-42. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-23418>
228. Quirós Córdoba C, Brenes Catalán J, López Rodríguez PE. Eficacia de una intervención educativa a través de una plataforma web durante el puerperio. *Bibl Lascasas* [Internet]. 2016;12(3):15. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0915.php>
229. Reid T, Bramwell R. Using the Parental Stressor Scale: NICU with a British sample of mothers of moderate risk preterm infants. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. noviembre de 2003 [citado 25 de abril de 2021];21(4):279-91. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=11622156&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
230. Rew L. Adolescents of parents with chronic pain whose parents were «shut off» report more hardship and feelings of distance than those with a more open relationship. *Evid Based Nurs*. 2015;18(1):13.
231. Lewin L, Farkas K, Niazi M. Mother–Child Relational Quality of Women in Substance Abuse Treatment. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 18 de mayo de 2021];23(1):50-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1078390316673715>
232. Murphy G, Peters K, Wilkes L, Jackson D. Adult children of parents with mental illness: Dehumanization of a parent – ‘She wasn’t the wreck in those years that she was to become later’. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2018 [citado 28 de abril de 2021];27(3):1015-21. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inm.12409>
233. Goodyear M, Hill T-L, Allchin B, McCormick F, Hine R, Cuff R, et al. Standards of practice for the adult mental health workforce: Meeting the needs of families where a parent has a mental illness. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2015;24(2):169-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25619407/>
234. Skärsäter I. Parents with first time major depression: perceptions of social support for themselves and their children. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2006 [citado 24 de abril de 2021];20(3):308-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16922985/>
235. Tedgård E, Råstam M, Wirtberg I. Struggling with one’s own parenting after an upbringing with substance abusing parents. *Int J Qual Stud Health Well-Being* [Internet]. 2018;13(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29482480/>

236. Turner J, Clavarino A, Yates P, Hargraves M, Connors V, Hausmann S. Development of a resource for parents with advanced cancer: What do parents want? *Palliat Support Care* [Internet]. 2007;5(2):135-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17578064/>
237. Stiffler D, Haase J, Hosei B, Barada B. Parenting Experiences With Adolescent Daughters When Mothers Have Breast Cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 1 de enero de 2008 [citado 1 de mayo de 2021];35(1):113-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18192160/>
238. Santelices Alvarez MP, Besoain C, Escobar MJ. Monoparentalidad, trabajo materno y desarrollo psicomotor infantil: Un estudio chileno en niños que asisten a salas cuna en contexto de pobreza. *Univ Psychol* [Internet]. 7 de septiembre de 2015 [citado 24 de abril de 2021];14(2):675. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n2/v14n2a22.pdf>
239. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2013 [citado 24 de abril de 2021];58(6):613-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24320095/>
240. Fang Y, Boelens M, Windhorst DA, Raat H, Grieken A van. Factors associated with parenting self-efficacy: A systematic review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2021 [citado 24 de abril de 2021];77(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33590585/>
241. Golfenshtein N, Srulovici E, Medoff-Cooper B. Investigating Parenting Stress Across Pediatric Health Conditions - A Systematic Review. *Compr Child Adolesc Nurs* [Internet]. marzo de 2016 [citado 25 de abril de 2021];39(1):1-49. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=118174385&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
242. Tabak I, Zabłocka-Żytka L, Ryan P, Poma SZ, Joronen K, Viganò G, et al. Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness: Children of parents with mental illness. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. agosto de 2016 [citado 24 de abril de 2021];25(4):319-29. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/inm.12194>
243. Raffray M, Semenic S, Galeano SO, Marín SCO. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 18 de septiembre de 2014 [citado 18 de mayo de 2021];32(3):379-92. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/20699>
244. Puthussery S, Chutiyami M, Tseng P-C, Kilby L, Kapadia J. Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: a meta-review of systematic reviews. *BMC Pediatr* [Internet]. diciembre de 2018 [citado 25 de abril de 2021];18(1):223. Disponible en: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-018-1205-9>

245. Kynø NM, Ravn IH, Lindemann R, Smeby NA, Torgersen AM, Gundersen T. Parents of preterm-born children; sources of stress and worry and experiences with an early intervention programme – a qualitative study. *BMC Nurs* [Internet]. diciembre de 2013 [citado 24 de abril de 2021];12(1):28. Disponible en: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-12-28>
246. Fernandes N, Silva E. Parents' experience during the hospitalisation of the preterm infant. *Rev Enferm Referência* [Internet]. 29 de marzo de 2015 [citado 25 de abril de 2021];IV(4):103-11. Disponible en: http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2496&id_revista=24&id_edicao=77
247. Lisanti AJ, Allen LR, Kelly L, Medoff-Cooper B. Maternal Stress and Anxiety in the Pediatric Cardiac Intensive Care Unit. *Am J Crit Care* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 24 de abril de 2021];26(2):118-25. Disponible en: <https://aacnjournals.org/ajconline/article/26/2/118/3229/Maternal-Stress-and-Anxiety-in-the-Pediatric>
248. Zerolo BE, García-Vivar C, Partido JPN, Visedo P, Salvá CP. Validación de una versión reducida del Cuestionario Estilos de Respuesta Parental (CERP-R) frente a la enfermedad de un hijo. *Enferm Oncológica* [Internet]. 24 de julio de 2020 [citado 24 de abril de 2021];22(1):47-55. Disponible en: <https://revista.proeditio.com/enfermeriaoncologica/article/view/2152>
249. Melnyk BM, Feinstein NF, Moldenhouer Z, Small L. Coping in parents of children who are chronically ill: strategies for assessment and intervention. *Pediatr Nurs* [Internet]. 11 de diciembre de 2001 [citado 25 de abril de 2021];27(6):548-58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12024526/>
250. Gomes Freitas J, Moura Barroso LM, Gimenez Galvão MT. Capacidad de madres para cuidar de niños expuestos al VIH. *Rev Lat-Am Enferm* [Internet]. 2013;21(4):9. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BRHMPfNqntgYFh8R3PLMfcK/?lang=es>
251. Kars MC, Duijnste MS, Pool A, Van Delden JJV, Grypdonck MH. Being there: parenting the child with acute lymphoblastic leukaemia. *J Clin Nurs* [Internet]. 2008 [citado 24 de abril de 2021];17(12):1553-62. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2007.02235.x>
252. Marcondes Pimentel de Abreu Lima G, Gomes Campos CJ, Rodrigues L. Percepção dos pais de adolescentes depressivos em tratamento no ambulatório de psiquiatria: estudo clínico qualitativo. *Presencia Salud Ment Investig Humanidades* [Internet]. 4 de abril de 2018 [citado 24 de abril de 2021];14. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/p/article/view/e11792>
253. Mohammadi F, Rakhshan M, Molazem Z, Zareh N. Parental competence among parents with autistic children: A qualitative study. *Nurs Midwifery Stud* [Internet]. 10 de enero de 2018 [citado 24 de abril de 2021];7(4):168-73. Disponible en: <https://www.nmsjournal.com/article.asp?issn=2322-1488;year=2018;volume=7;issue=4;spage=168;epage=173;aulast=Mohammadi;type=0>

254. Souza SR de, Dupas G, Balieiro MMFG. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU). *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [citado 24 de abril de 2021];25(2):171-6. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200003&lng=pt&tlng=pt
255. Velez ML, Montoya ID, Jansson LM, Walters V, Svikis D, Jones HE, et al. Exposure to violence among substance-dependent pregnant women and their children. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2006;30(1):31-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16377450/>
256. Hill PD, DeBackere KJ, Kavanaugh KL. The Parental Experience of Pregnancy After Perinatal Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2008 [citado 24 de abril de 2021];37(5):525-37. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217515301210>
257. Foli KJ, Lim E, South SC. Longitudinal analyses of adoptive parents' expectations and depressive symptoms. *Res Nurs Health* [Internet]. diciembre de 2017 [citado 24 de abril de 2021];40(6):564-74. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/nur.21838>
258. Nursyamsiyah N. Social support of parents of children with leukemia. *Belitung Nurs J* [Internet]. 2019;5(4):155-61. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/9226/caa8f75594c686862b436acae0ae49bbc3e0.pdf?_ga=2.219942873.1581991886.1623671980-1817890999.1619620668
259. Holz NE, Boecker-Schlier R, Jennen-Steinmetz C, Hohm E, Buchmann AF, Blomeyer D, et al. Early maternal care may counteract familial liability for psychopathology in the reward circuitry. *Soc Cogn Affect Neurosci* [Internet]. 25 de septiembre de 2018 [citado 25 de abril de 2021];13(11):1191-201. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6234324/>
260. Tanaka Y. The development of a parental attachment recognition scale for mothers nurturing preschool children. *Public Health Nurs* [Internet]. 2020 [citado 24 de abril de 2021];37(2):310-20. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/phn.12697>
261. Vázquez N, Ramos P, Artazcoz L, Garuz MCM. Validación de un instrumento en español para medir habilidades parentales promovidas en una intervención de educación parental. *REIRE Rev Innovació Recer En Educ* [Internet]. 31 de mayo de 2016 [citado 24 de abril de 2021];9(2):30-47. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/reire2016.9.2923>
262. Tanninen H-M, Häggman-Laitila A, Pietilä A-M, Kangasniemi M. The content and effectiveness of home-based nursing interventions to promote health and well-being in families with small children: a systematic review. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2016 [citado 24 de abril de 2021];30(2):217-33. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12251>

263. Fracolli LA, Reticena K de O, Abreu FCP de, Chiesa AM. A implementação de um programa de visitas domiciliares com foco na parentalidade: um relato de experiência. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 23 de agosto de 2018 [citado 24 de abril de 2021];52(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100701&lng=pt&tlng=pt
264. Olds DL. Improving the Life Chances of Vulnerable Children and Families with Prenatal and Infancy Support of Parents: The Nurse-Family Partnership*. *Psychosoc Interv* [Internet]. agosto de 2012 [citado 24 de abril de 2021];21(2):129-43. Disponible en: <http://journals.copmadrid.org/pi/article.php?id=619205da514e83f869515c782a328d3c>
265. Soares H, Pereira SM, Barbieri-Figueiredo MC. “Touchpoints”: parents and nurses’ perceptions and satisfaction. *Investig Às Práicas* [Internet]. 2015;6(2):5-24. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317469224_Touchpoints_parents_and_nurses_perceptions_and_satisfaction
266. Coyne IT. Parent participation: a concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. abril de 1996 [citado 29 de abril de 2021];23(4):733-40. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.1996.tb00045.x>
267. Montigny F, Lacharite C. Perceived parental efficacy: concept analysis. *J Adv Nurs* [Internet]. [citado 10 de junio de 2021];49(4):387-96. Disponible en: https://www.academia.edu/3757483/Perceived_parental_efficacy_concept_analysis
268. Lutz KF, Anderson LS, Pridham KA, Riesch SK, Becker PT. Furthering the understanding of parent-child relationships: a nursing scholarship review series. Part 1: Introduction. *J Spec Pediatr Nurs JSPN*. octubre de 2009;14(4):256-61.
269. Riesch SK, Anderson LS, Pridham KA, Lutz KF, Becker PT. Furthering the understanding of parent-child relationships: a nursing scholarship review series. Part 5: parent-adolescent and teen parent-child relationships. *J Spec Pediatr Nurs JSPN*. julio de 2010;15(3):182-201.
270. Marcotullio A, Caponnetto V, La Cerra C, Toccaceli A, Lancia L. NANDA-I, NIC, and NOC taxonomies, patients’ satisfaction, and nurses’ perception of the work environment: an Italian cross-sectional pilot study. *Acta Biomed* [Internet]. 2020;91(6-S):85-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32573510/>
271. Rifà Ros R, Rodríguez Monforte M, Pérez Pérez I, Lamoglia Puig M, Costa Tutusaus L. Relación entre precisión diagnóstica y actitud frente a los diagnósticos de enfermería en estudiantes de grado. *Educ Med* [Internet]. 2019 [citado 16 de mayo de 2021];20(S2):33-8. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1575181318300809?token=B27F2602461F9021709F7C25BD7F3CE54F6F5546D1C87D83A413D8CDBDEFD9AF7F8607D5E2539EB1F6EFE972843C5132&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210516201509>

272. Cachón Pérez J, Álvarez-López C, Palacios-Ceña D. El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2012;23(2):68-76. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-pdf-S1130239911000897>
273. Junttila K, Salanterá S, Hupli M. Perioperative nurses' attitudes toward the use of nursing diagnoses in documentation. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005;52(3):271-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16194180/>
274. Santos CT dos, Almeida M de A, Lucena A de F. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 23 de julio de 2019];24(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100335&lng=en&tlng=en
275. Foster K, Van C, McCloughen A, Mitchell R, Young A, Curtis K. Parent perspectives and psychosocial needs 2 years following child critical injury: A qualitative inquiry. *Injury* [Internet]. 2020 [citado 25 de abril de 2021];51(5):1203-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020138320300401>
276. Fiorini Tosca C, Larini Rimolo M, Koja Breigeiron M. Support offered to newborns' parents by the nursing team. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* [Internet]. marzo de 2020 [citado 24 de abril de 2021];20(1):47-54. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000100047&tlng=en
277. Burström Å, Mora MA, Öjmyr-Joelsson M, Sparud-Lundin C, Rydberg A, Hanseus K, et al. Parental uncertainty about transferring their adolescent with congenital heart disease to adult care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2019 [citado 25 de abril de 2021];75(2):380-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13852>
278. Smith JG, Rogowski JA, Schoenauer KM, Lake ET. Infants in Drug Withdrawal: A National Description of Nurse Workload, Infant Acuity, and Parental Needs. *J Perinat Neonatal Nurs* [Internet]. 2018 [citado 25 de abril de 2021];32(1):72-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5788300/>
279. Stübe M, Brites Calegario da Rosa M, Renz Pretto C, Thomé da Cruz C, Vione Morin P, Fernandes Stumm EM. Níveis de estresse de pais de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Rede Enferm Nordeste* [Internet]. 26 de marzo de 2018 [citado 24 de abril de 2021];19:3254. Disponible en: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31598/pdf>
280. Zundo K, Richards EA, Ahmed AH, Codington JA. Factors Associated with Parental Compliance with Supine Infant Sleep: An Integrative Review. *Pediatr Nurs* [Internet]. 3 de abril de 2017 [citado 25 de abril de 2021];43(2):83-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29394482/>

281. Bai J, Harper F, Penner L, Swanson K, Santacroce S. Parents' Verbal and Nonverbal Caring Behaviors and Child Distress During Cancer-Related Port Access Procedures: A Time-Window Sequential Analysis. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 1 de noviembre de 2017 [citado 24 de abril de 2021];44(6):675-87. Disponible en: <http://onf.ons.org/onf/44/6/parents-verbal-and-nonverbal-caring-behaviors-and-child-distress-during-cancer-related-port>
282. Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z, Axela AM, Lehtonen L. Close Collaboration with ParentsTM intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Behav Brain Res* [Internet]. 2015 [citado 24 de abril de 2021];325:303-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27743940/>
283. Foli KJ, South SC, Lim E, Hebdon M. Longitudinal Course of Risk for Parental Postadoption Depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. marzo de 2016 [citado 24 de abril de 2021];45(2):210-26. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0884217516000915>
284. Allen KA. Parental decision-making for medically complex infants and children: An integrated literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015;51(9):27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24636443/>
285. Tluczek A, McKechnie AC, Brown RL. Factors Associated With Parental Perception of Child Vulnerability 12 Months After Abnormal Newborn Screening Results. *Res Nurs Health* [Internet]. octubre de 2011 [citado 24 de abril de 2021];34(5):389-400. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/nur.20452>
286. Ordway MR. Depressed mothers as informants on child behavior: Methodological issues. *Res Nurs Health* [Internet]. diciembre de 2011 [citado 24 de abril de 2021];34(6):520-32. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/nur.20463>
287. Araújo B, Olivieri S, Costa R. Nursing care in the promotion of family care for the newborn premature. *Cuid É Fundam* [Internet]. 2010 [citado 30 de abril de 2021];2(1):562-71. Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/267908450>
288. Parra Falcón FM, Moncada Z, Oviedo Soto SJ, Marquina Volcanes M. Estrés en padres de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Alto Riesgo Neonatal. *Index Enferm* [Internet]. marzo de 2009 [citado 25 de abril de 2021];18(1):13-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962009000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
289. Kirk S. Transitions in the lives of young people with complex healthcare needs. *Child Care Health Dev* [Internet]. septiembre de 2008 [citado 25 de abril de 2021];34(5):567-75. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=33543444&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
290. Taylor J, Washington O, Artinian N, Lichtenberg P. Parental stress among African American parents and grandparents. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 1 de mayo de 2007;28(4):373-87. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2894532/>

291. Mäki P, Hakko H, Joukamaa M, Läärä E, Isohanni M, Veijola J. Parental separation at birth and criminal behaviour in adulthood: A long-term follow-up of the Finnish Christmas Seal Home Children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. julio de 2003 [citado 25 de abril de 2021];38(7):354-9. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=10241744&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
292. Sullivan-Bolyai S, Sadler L, Knafelz KA, Gilliss CL. Great Expectations: A Position Description for Parents as Caregivers: Part I. *Pediatr Nurs* [Internet]. 11 de diciembre de 2003 [citado 25 de abril de 2021];29(6):457-61. Disponible en: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=11839574&lang=es&site=ehost-live&scope=site>

Anexo 1. Revisión literatura científica: indicadores bibliométricos

Tabla 56. Revisión bibliográfica: indicadores bibliométricos.

Autor/es / País / Año	Tipo de estudio	Objetivo de estudio
Fang Y, Boelens M, Windhorst, Raat H, Grieken AV / Países Bajos / 2021 (240)	Revisión sistemática	Proporcionar evidencia sobre la percepción de eficacia parental en población general.
Zerolo BE, García-Vivar C, Núñez-Partido JP, Visedo P, Pitillas-Salvá C / España / 2020 (248)	Validación instrumento	Analizar la fiabilidad y validez de una versión reducida del Cuestionario de Estilos de Respuesta Parental (CERP).
Foster K <i>et al.</i> / Australia / 2020 (275)	Estudio cualitativo	Explorar las experiencias parentales pasados dos años de una cirugía crítica.
Reinhardt FM, Simões A, Capelas ML, Charepe Z, Deodato S / Portugal / 2020 (192)	Revisión sistemática	Identificar la evidencia disponible y desarrollar un marco para abordar las experiencias de vida de las familias sin hogar durante la parentalidad.
Fiorini C, Larini M, Koja M / Brasil / 2020 (276)	Estudio descriptivo	Conocer la percepción de los padres de recién nacidos respecto el apoyo recibido por el equipo de enfermeras durante la hospitalización de los hijos.
Queiroz de Souza C, Aparecida M, Harumi M, Ferreira / Brasil / 2019 (202)	Validación instrumento	Realizar la adaptación transcultural de <i>Preterm Parenting</i> y <i>Self-Efficacy Checklist</i> para el portugués de Brasil.
Hrybanova Y, Ekström A / Suecia / 2019 (201)	Estudio cualitativo	Describir las primeras experiencias de padres sobre el soporte profesional recibido por parte de las enfermeras y validar el instrumento “FaPPS scale”.
Reticena KO <i>et al.</i> / Brasil / 2019 (193)	Revisión sistemática	Sintetizar la evidencia disponible sobre la actuación de las enfermeras en el cuidado de la primera infancia mediante el desarrollo de la parentalidad.
Tanaka Y / Japón / 2019 (260)	Validación instrumento	Desarrollar una escala cognitiva que mida tanto emociones positivas como negativas que suceden en mujeres japonesas cuidando de hijos en edad preescolar.
Nursyamsiyah S / Indonesia / 2019 (258)	Estudio descriptivo	Analizar el soporte social percibido por los padres de niños con leucemia y examinar la relación existente entre el apoyo social percibido y las características de padres e hijos.
Premji SS <i>et al.</i> / Canadá / 2019 (219)	Estudio cualitativo	Explorar la experiencia de los padres en el cuidado de los niños pretérmino, incluyendo estresores, necesidades y propuestas de intervención enfermera.

Póo AM, Aravena G, Mieres Y, Canales P / Chile / 2018 (226)	Estudio cualitativo	Comprender el significado que los padres adolescentes otorgan a la parentalidad.
Burström A <i>et al.</i> / Suecia / 2018 (277)	Estudio transversal	Estudiar los niveles de incertidumbre relacionados con la transición desde la atención pediátrica a la atención a adultos en padres de adolescentes con enfermedad congénita coronaria e identificar factores potencialmente correlativos.
Lima GM, Gomes CJ, Rodrigues L / Brasil / 2018 (252)	Estudio cualitativo	Verificar la percepción de los padres con hijos depresivos durante el tratamiento ambulatorio.
Sousa e Silva C, Carneiro MN / Portugal / 2018 (209)	Estudio cualitativo	Conocer las necesidades de los padres, en cuanto a los cuidados de enfermería después del nacimiento del primer hijo sano, en las primeras 48 horas después del parto eutócico.
Mohammadi F, Rakhshan M, Molazem Z, Zareh N / Irán / 2018 (253)	Estudio cualitativo	Definir el concepto de competencia parental desde la perspectiva de padres de hijos con autismo.
Tedgård E, Råstam M, Wirtberg I / Suecia / 2018 (235)	Estudio cualitativo	Añadir conocimiento sobre los elementos clave presentes en la experiencia de crecer con padres que abusan de sustancias y los cambios que repercuten en la paternidad.
Carvalho M, Lourenço M, Charepe Z, Nunes E / Portugal / 2018 (208)	Revisión scoping	Mapear las intervenciones que se han implementado y evaluado para promover la esperanza en los padres de los niños con necesidades especiales de salud.
Roldão ABdJ, Marques IM, Sá Azeredo Z / Portugal / 2018 (205)	Revisión integrativa	Identificar las principales preocupaciones maternas en el periodo postparto.
Holz N <i>et al.</i> / Alemania / 2018 (259)	Estudio cohorte	Examinar si la atención materna puede amortiguar el riesgo familiar de experimentar trastornos psiquiátricos.
Puthussery S, Chutiyami M, Tseng PC, Kilby L, Kapadia J / Reino Unido / 2018 (244)	Metanálisis	Evaluar y sintetizar la evidencia de las revisiones sistemáticas para proporcionar evidencia integral sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas a los padres de bebés prematuros
Martínez JF, Rodríguez GI, Díaz A, Reyes MA / México / 2018 (44)	Mixto	Concepciones sobre la parentalidad y la familia.
Guimarães MSF, Santos IMM, Silva LJ, Christoffel MM, Silva LR / Brasil / 2018 (194)	Estudio cualitativo	Comprender la vivencia de la experiencia de la transición a la parentalidad de padres que tienen un niño recién nacido hospitalizado por sífilis congénita.
Smith JG, Rogowski JA, Schoenauer KM, Lake ET / EEUU / 2018 (278)	Estudio descriptivo transversal	Describir las necesidades de padres y cargas de trabajo de las enfermeras que cuidan a lactantes en abstinencia a drogas en comparación con otros lactantes.
Murphy G, Peters K, Wilkes L, Jackson D / Australia / 2018 (232)	Estudio cualitativo	Conocer la experiencia de adultos que habían experimentado en la niñez la crianza por parte de padres con enfermedad mental.

Fracolli LA, Reticena KO, Abreu FCP, Chiesa AM / Brasil / 2018 (263)	Programa piloto de intervención enfermera	Conocer la experiencia de un programa de visitas domiciliarias dirigidas a mujeres jóvenes.
Stübe M <i>et al.</i> / Brasil / 2018 (279)	Estudio descriptivo	Evaluar los niveles de estrés de los padres de los recién nacidos en las unidades de cuidados intensivos.
Lucio FPS, Araújo EC / Brasil / 2017 (118)	Revisión integrativa	Analizar la producción científica nacional e internacional de enfermería sobre maternidad lésbica.
Zundo K, Richards EA, Ahmed AH, Codington JA / Francia / 2017 (280)	Revisión integrativa	Examinar las razones de incumplimiento de las recomendaciones de colocar al niño para dormir en posición supina.
Bai J <i>et al.</i> / EEUU / 2017 (281)	Estudio observacional	Estudiar la relación entre los comportamientos verbales y no verbales de cuidadores y el estrés de niños que padecen cáncer durante el desarrollo de técnicas.
Carvalho JMN, Gaspar MFRF, Cardoso AMR / Portugal / 2017 (152)	Estudio cualitativo	Identificar las principales dificultades de las madres primíparas en el posparto y durante los primeros seis meses de vida del bebé.
Golfenshtein N, Srulovici E, Medoff-Cooper B / EEUU / 2016 (241)	Revisión sistemática	Examinar las fuentes de estrés parental en contexto de tres grupos de enfermedades: enfermedades congénitas coronarias, cáncer pediátrico, trastornos del espectro autista.
Ahlqvist-Björkroth S, Boukydis Z, Axelin AM, Lehtonen L / Finlandia / 2016 (282)	Estudio cohorte	Evaluar la efectividad de una intervención basada en la colaboración estrecha con las figuras parentales.
Pasinato L, Pereira C / Colombia / 2016 (218)	Estudio cualitativo	Estudiar la transición a la parentalidad y coparentalidad en casados cuyos hijos acuden a una escuela de educación infantil al término de la licencia de maternidad.
Mirza M, Krischer A, Stolley M, Magaña S, Martin M / EEUU / 2016 (212)	Revisión sistemática	Revisar la evidencia y examinar los efectos de intervenciones de apoyo a los padres para la activación.
Tabak I <i>et al.</i> / Multicéntrico europeo / 2016 (242)	Estudio cualitativo	Analizar necesidades, expectativas y consecuencias en los niños con respecto a vivir con un padre/madre con enfermedad mental.
Boström K, Nilsagard / Suecia / 2016 (204)	Estudio cualitativo	Explorar y describir desde una triple perspectiva (padres enfermos, padres sanos e hijos) las cuestiones importantes para facilitar el afrontamiento de los niños cuando a sus padres les diagnóstica esclerosis múltiple.
Soares H, Pereira S, Barbieri-Figueiredo M / Portugal / 2016 (265)	Estudio cualitativo fenomenológico	Conocer la experiencia y el significado que otorgan los padres y las enfermeras en la participación de una intervención enfermera innovadora con metodología <i>Touchpoint</i> en padres de niños desde los once a los 24 meses.
Foli KJ, South SC, Eunjung L, Hebdon M / EEUU / 2016 (283)	Estudio descriptivo observacional	Determinar si el <i>Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised</i> (PDPI-R) puede ser usado en distintas clases de padres adoptivos.

Gilmer C <i>et al.</i> / Canadá / 2016 (224)	Revisión	Identificar intervenciones de educación potencialmente efectivas para los nuevos padres que puedan ser implementadas en la población durante el periodo de transición a la parentalidad.
Morales LC / Colombia / 2016 (206)	Estudio cualitativo fenomenológico	Conocer las experiencias y sentimientos de padres durante el crecimiento y desarrollo de sus hijos con discapacidad visual.
Vázquez N, Molina MC, Ramos P, Artazcoz L / España / 2016 (261)	Validación instrumento	Validar el cuestionario de evaluación inicial de competencias parentales.
Orozco-Vargas LC, Villamizar-Carvajal B, Vargas-Porras C / Colombia / 2015 (22)	Estudio transversal Rash model	Validar diagnóstico enfermero “deterioro parental” en mujeres primíparas mayores de 24 años durante el primer año de vida del bebe.
Soares RLSF <i>et al.</i> / Brasil / 2015 (220)	Estudio cualitativo etnográfico	Comprender los significados que le otorgan los padres a tener un niño prematuro en una unidad de cuidados intensivos neonatales.
Goodyear M <i>et al.</i> / Australia / 2015 (233)	Revisión bibliográfica	Generar y operativizar prácticas inclusivas de la familia e integrar dentro del continuum del cuidado y la recuperación servicios dirigidos a adultos con enfermedad mental que son padres de los que dependen sus hijos.
Tanninen HM, Häggman-Laitila A, Pietilä AM / Finlandia / 2015 (262)	Revisión sistemática	Identificar y describir el contenido de las intervenciones enfermeras dirigidas a la familia en sus casas y la efectividad que tienen estas en la salud y el bienestar.
Ferreria FH <i>et al.</i> / Brasil / 2015 (124)	Revisión bibliográfica	Sintetizar la evidencia sobre la experiencia de la paternidad en el primer año de vida desde un enfoque de perspectiva de género.
Gonçalves N, Batoca EM / Portugal / 2015 (246)	Estudio cualitativo	Identificar los sentimientos de los padres ante la llegada de un niño pretérmino y la influencia de la hospitalización en la adaptación a la parentalidad.
Utzig M <i>et al.</i> / Brasil / 2015 (195)	Estudio observacional transversal	Identificar las prácticas y creencias parentales adoptadas en el cuidado domiciliario de los niños prematuros.
Cardoso A, Paiva A, Marín H / Portugal / 2015 (117)	Validación instrumento	Desarrollar un instrumento para evaluar las competencias parentales desde el embarazo hasta el nacimiento y analizar las propiedades psicométricas y de utilización.
Rew L / EEUU / 2015 (230)	Estudio cualitativo teoría fundamentada	Desarrollar una teoría sobre cómo el afrontamiento de los adolescentes que tienen un padre/madre con dolor crónico.
Romaniuk D, O'Mara L, Akhtar-Danesh N / USA / 2014 (197)	Estudio transversal	Describir la relación existente entre el deseo de participación y la participación real de las figuras parentales en el cuidado de los menores.

Allen K / EEUU / 2014 (284)	Revisión integrativa	Describir los posibles factores que afectan a la decisión de tratamientos complejos para sus hijos.
Silva C, Carneiro M / Portugal / 2014 (46)	Estudio cualitativo	Comprender las vivencias de la parentalidad después del nacimiento del primer hijo saludable en las primeras 48 horas tras un parto eutócico.
Mooney-Doyle K, Deatrick JA, Horowitz JA / EEUU / 2014 (200)	Revisión integrativa	Conceptualizar las tareas y la comunicación concerniente a la parentalidad de niños entre 0-5 años.
Andrade L, Martins MM, Angelo M, Martinho J / Portugal / 2014 (69)	Revisión sistemática	Conocer la experiencia de la paternidad en familias con gemelos y analizar los factores que influyen en sus experiencias de paternidad.
Ordway MR, Sadler LS, Dixon J, Slade A / EEUU / 2014 (223)	Análisis de concepto	Identificar los elementos que definen el funcionamiento parental y desarrollar una teoría que permita aplicar a las enfermeras este concepto en la práctica clínica con familias.
Araújo C, Correira WJ, Aguiar MdC / Portugal / 2014 (114)	Estudio cualitativo teoría fundamentada	Comprender cómo es la transición a la parentalidad durante los primeros seis meses de vida del niño.
Domínguez-Nariño CC, Camargo-Figuera FA, Flórez-García JP, Domínguez-Torres LJ, Luna-Figueroa DA / Colombia / 2013 (97)	Estudio de validación de formato	Determinar la validez de criterio de un formato de valoración de tamizaje para algunos diagnósticos de enfermería de interés en la familia.
Carmona EV, Nogueira I, Vieira C, Freitas C / Brasil / 2013 (215)	Estudio descriptivo transversal	Verificar si las madres de los recién nacidos hospitalizados reconocen las características definitorias de “conflicto de rol parental” como representativas de esa experiencia.
Kynø NM <i>et al.</i> / Noruega / 2013 (245)	Ensayo clínico	Conocer las diferencias en la experiencia de estrés y relacionadas con el cuidado de recién nacidos pretérmino según programa.
Malheiro MC, Carvalho LC / Portugal / 2013 (36)	Estudio descriptivo correlacional	Evaluar la relación entre la resiliencia y la capacidad de adaptación a la maternidad.
Fahey JO, Shenassa E / EEUU / 2013 (239)	Revisión bibliográfica	Describir los conceptos clave que caracterizan la promoción de la salud en el periodo de postparto.
Frade J, Pinto C, Carneiro M / Portugal / 2013 (217)	Estudio cualitativo	Explorar la percepción de las figuras parentales en el cuidado postnatal e identificar las necesidades de soporte y orientación por parte de las enfermeras durante este periodo.
Olds DL / USA / 2012 (264)	Ensayo clínico	Evaluar un programa de intervención prenatal y en la primera infancia llevado por enfermeras en el domicilio familiar y dirigido a mejorar la salud de las madres y los niños y sus perspectivas futuras.

Pulquério JM /2012 (139)	Revisión bibliográfica	Entender la influencia que ejerce la paternidad, especialmente el componente emocional y el control en la adquisición de competencias emocionales y sociales de los jóvenes.
Custódio MS, Coelho MDA / Portugal / 2012 (198)	Validación instrumento	Construir y validar tres escalas multidimensionales que miden la percepción de confianza, de las dificultades y de la necesidad de conocimientos de los padres en el ejercicio parental positivo.
Santelices MP, Besoain C, Escobar MJ / Chile / 2012 (238)	Estudio descriptivo	Analizar si existen diferencias en el desarrollo psicomotor de una muestra de niños de 8 a 24 meses de nivel socioeconómico bajo que comienzan su educación preescolar en las salas cuna de Santiago de Chile según si la configuración familiar sea monoparental o biparental.
De Souza SR, Dupas G, Ferreira MM / Portugal / 2012 (254)	Validación y adaptación cultural instrumento	Traducir y realizar la adaptación cultural y validación de la escala <i>Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit</i> (PSS: NICU).
Velasco M, Carrobles AM, Gómez S, Sukkarieh S / España / 2012 (133)	Estudio observacional retrospectivo	Estudiar la evolución realizada por la paternidad como un estadio de progreso psicosocial y las bases que sustentan el nuevo rol paterno a la luz de los acontecimientos socioculturales acaecidos, enfocado hacia la llegada de un nuevo miembro familiar.
Lisanti AJ, Allen LR, Kelly L, Medoff-Cooper B/ EEUU / 2011 (247)	Estudio descriptivo correlacional	Identificar los estresores parentales en las madres con enfermedad cardiaca congénita en las unidades de cuidados intensivos y las respuestas ante el estrés.
Tluczek A, Mckechnie AC, Brown RL / EEUU/ 2011 (285)	Estudio descriptivo	Describir las consecuencias de resultados anormales del screening del recién nacido y su asociación con la relación entre padres e hijos.
González P, Ferrer V, Agudo E, Medina JL / España / 2011 (199)	Estudio cualitativo etnográfico	Conocer la experiencia y el significado que puede tener para un niño entre 6 y 12 años la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos pediátrica.
Ordway MR / EEUU / 2011 (286)	Revisión integrativa	Identificar consideraciones metodológicas de estudios realizados en mujeres que padecen depresión y la repercusión en la conducta de sus hijos.
Carvalho LC, Barbiéri MDC, Conceição MT / Portugal / 2011 (121)	Estudio cuasiexperimental	Analizar la contribución de intervenciones enfermeras de cuidados de salud primarios, la promoción de la transición para la maternidad.
Huang YP, St John W, Tsai SW, Chen HJ / Taiwan / 2011 (214)	Estudio cualitativo fenomenológico	Explorar las experiencias de los padres que tienen un hijo con discapacidad en el contexto cultural de China.
Anderson L, Riesch S, Pridham K, Lutz K, Becker P / EEUU / 2010 (211)	Revisión integrativa	Sintetizar la evidencia enfermera sobre las relaciones padres-hijos consideradas frágiles porque padres o hijos presentan una condición crónica o presentan una situación de riesgo.
Bertolossi B, Peixoto S, Domingos RP / Brasil / 2010 (287)	Revisión bibliográfica	Reflexionar sobre el rol de la enfermera en la promoción del cuidado de la familia en el recién nacido prematuro desde el análisis de la producción científica.

Custódio MSO, Catarino H, Anjos M / Portugal / 2010 (131)	Revisión sistemática	Identificar los focos de atención y estrategias de intervención de enfermería en la promoción de la paternidad positiva, en niños de los cero a los tres años.
De Carvalho GM, Barbosa MA, Pinto MC / Brasil / 2009 (225)	Cualitativo fenomenológico	El estudio permitió comprender que la paternidad/maternidad del adolescente recurrente es un fenómeno complejo, con una infinidad de posibilidades, cuyas diversas vivencias dependen del contexto social que define los deseos, los proyectos y las significaciones en las distintas clases sociales.
Lagan M, Knights K, Barton J, Boyce PM / Australia / 2009 (210)	Revisión bibliográfica	Describir las necesidades de apoyo para el fomento de la parentalidad en madres que presentan enfermedad mental.
Parra FM, Moncada Z, Oviedo SJ, Volcanes MM / Venezuela / 2009 (288)	Estudio descriptivo transversal	Conocer manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales del estrés para establecer lineamientos que contribuyan a fortalecer la ejecución de un programa de orientación.
Lee TY, Lin HR, Huang TH, Hsu CH, Bartlett / Taiwan / 2009 (207)	Estudio cualitativo teoría fundamentada	Explorar el rol parental de padres de niños nacidos con bajo peso durante el primer año de vida.
Stiffler D, Haase J, Hosei B, Barada B / EEUU / 2008 (237)	Estudio cualitativo fenomenológico	Examinar el rol maternal desde la perspectiva de madres e hijas adolescentes durante el tiempo que una madre es diagnosticada y tratada por cáncer de mama.
Kirk S / Reino Unido / 2008 (289)	Estudio cualitativo teoría fundamentada	Conocer cómo la gente joven con necesidades de salud complejas experimenta las diferentes transiciones.
De Carvalho GM, Pinto MC, Barbosa / Brasil / 2008 (225)	Estudio cualitativo fenomenológico	Comprender la percepción que tienen los adolescentes padres y madres de la parentalidad recurrente en la adolescencia.
Moreira PL, Angelo M / Brasil / 2008 (213)	Estudio cualitativo	Comprender la experiencia de ser madre de un niño con cáncer.
DeBackere KJ, Hill PD, Kavanaugh KL / EEUU / 2008 (256)	Revisión bibliográfica	Revisar la literatura científica en la experiencia parental de embarazo, maternidad posterior a una pérdida perinatal.
Kars MC <i>et al.</i> / Países Bajos / 2008 (251)	Estudio cualitativo teoría fundamentada	Conocer la experiencia de la parentalidad en niños con tratamiento de leucemia.
Taylor J, Washington OG, Artinian NT, Lichtenberg P / EEUU / 2007 (290)	Estudio correlacional	Examinar las relaciones entre el estrés parental, la salud, las características de los hijos y el apoyo social.

Young-Mee A, Nam-Hee K / Korea / 2007(196)	Estudio descriptivo cuasiexperimental	Comparar la percepción de padres con hijos prematuros en NICU con padres de recién nacidos a término y el proceso de evaluar los efectos del soporte educacional ofrecido a padres y el estrés parental en la NICU.
Turner J <i>et al.</i> / Australia / (2007) (236)	Estudio cualitativo	Conocer el impacto del cáncer parental avanzado en los niños.
Skäsaäter I / Suecia / 2006 (234)	Estudio prospectivo longitudinal	Conocer las percepciones de los padres con depresión mayor, revisando el apoyo social para sus hijos y para ellos mismos.
De Montigny F, Lacharité C, Amyot E / Québec / 2006 (222)	Estudio correlacional	Analizar las relaciones entre la eficacia parental percibida por los padres y sus percepciones de la ayuda enfermera y los eventos críticos durante el periodo de postparto.
Velez ML <i>et al.</i> / EEUU / 2006 (255)	Estudio descriptivo	Examinar la prevalencia de exposición a violencia en mujeres embarazadas dependientes a drogas y sus hijos.
Copeland D, Harbaugh BL / EEUU / 2005 (216)	Estudio descriptivo	Determinar las diferencias entre las mujeres casadas y solteras en el estrés parental.
Reid T, Bramwell R / Reino Unido / 2003 (229)	Validación instrumento	Conocer las propiedades psicométricas de la escala <i>Parental Stressor Scale</i> .
Mäki P <i>et al.</i> / Finlandia / 2003 (291)	Estudios cohortes	Estudiar la asociación entre la separación temprana y el comportamiento criminal en adultos.
Nystrom K, Öhrling K / Suecia / 2003 (221)	Revisión bibliográfica	Describir las experiencias de madres y padres durante el primer año de vida
Sullivan-Bolyai S, Sadler L, Knafelz KA, Gilliss CL / EEUU / 2003 (292)	Revisión bibliográfica	Identificar las responsabilidades y actividades del cuidado desarrolladas por cuidadores informales.
Walker T / Australia / 2001 (203)	Revisión crítica	Examinar las necesidades de los padres cuyos hijos han necesitado una resucitación pediátrica en un área rural
Mazurek B, Fischbeck N, Moldenhouer Z, Small L / EEUU / 2001 (249)	Revisión bibliográfica	Revisar los estresores de padres de niños con enfermedad crónica y las intervenciones para mejorar el afrontamiento.
Coyne IT / Reino Unido / 1996 (266)	Análisis de concepto	Explorar el significado de la participación parental para aclarar el concepto y beneficiar a los niños y sus familias.

