



**Facultade de Enfermaría e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2014-15

TRABALLO FIN DE GRAO

Del ámbito de la pareja a la institución de la familia: ¿puede una intervención de enfermería promover el funcionamiento familiar efectivo, tras la llegada del primer hijo?

Sonia Durán Sierra

22 de junio del 2015

TÍTULO DEL PROYECTO

Del ámbito de la pareja a la institución de la familia: ¿puede una intervención de enfermería promover el funcionamiento familiar efectivo, tras la llegada del primer hijo?

TÍTULO DO PROXECTO

Do ámbito da parella á institución da familia: ¿pode unha intervención de enfermaría promover o funcionamento familiar efectivo, despois da chegada do primeiro fillo?

PROJECT TITLE

Since the couple sphere until the family institution: can a nurse intervention promote an effective familiar functioning, after the arrival of the first son?

Tutora del proyecto: Elvira Cobas

ÍNDICE

1. Título y resumen	6
2. Listado de abreviaturas y acrónimos	8
3. Antecedentes y estado del conocimiento	9
4. Bibliografía más relevante	23
5. Hipótesis	25
6. Objetivos	26
7. Metodología	27
7.1 Diseño del estudio	27
7.2 Revisión bibliográfica	27
7.3 Ámbito del estudio	27
7.4 Duración del estudio	28
7.5 Participantes en el estudio	29
7.6 Criterios de inclusión y exclusión	29
7.7 Estimación del tamaño muestral	30
7.8 Aleatorización	30
7.9 Procedimiento	31
7.9.1 Profesionales	31
7.9.2 Participantes	31
7.9.3 Establecimiento de variables	32
7.9.4 Instrumentos utilizados	33
7.9.5 Recogida de datos del ensayo clínico	34
7.10 Análisis de resultados	35
7.11 Limitaciones	36
8. Memoria económica	38
8.1 Recursos disponibles	38
8.2 Recursos necesarios	39
9. Difusión de los resultados	40
10. Financiación de la investigación	42
11. Aspectos ético-legales	43
11.1 Confidencialidad	44

12. Bibliografía	45
Relación de anexos	56

Anexo I: Hoja de información al paciente en un estudio de investigación.

Anexo IA: Consentimiento informado para las participantes en este estudio.

Anexo II: Cronograma.

Anexo III: Carta de presentación da documentación á rede de comités de ética da investigación de Galicia.

Anexo IV: Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Anexo V: Test de ajuste marital Locke – Wallace (LWMAT).

Anexo VI: Test de funcionamiento familiar (FF-SIL).

Anexo VII: Escala de estrés parental (PSS).

1. TÍTULO Y RESUMEN

TÍTULO

Del ámbito de la pareja a la institución de la familia: ¿puede una intervención enfermera promover el afrontamiento familiar efectivo, tras la llegada de su primer hijo?

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La tenencia del primer hijo constituye una crisis vital en la que las parejas han de adaptarse a nuevos roles y demandas, y en la que experimentarán cambios más profundos que en cualquier otra etapa del ciclo vital. Aunque habitualmente la pareja termina asumiendo satisfactoria y competentemente su paternidad, en muchos casos se constata un afrontamiento familiar inefectivo, con importantes repercusiones en la vida de la pareja, de los hijos, y para el funcionamiento de la familia como grupo nutridor de sus integrantes. A tal efecto se plantea un proyecto de investigación desde una perspectiva salutogénica, que permita a las familias proteger o mejorar su potencial de afrontamiento en esta etapa vital.

OBJETIVO: Demostrar la eficacia de una intervención enfermera salutogénica para promover la funcionalidad familiar en parejas que esperan su primer hijo, y conocer los subsistemas familiares que determinan dicha eficacia.

METODOLOGIA: Ensayo clínico aleatorizado con grupo control sin enmascaramiento, realizado siguiendo las recomendaciones CONSORT de calidad y exigencia para ensayos clínicos en una muestra de parejas que realizan el seguimiento de su embarazo en el centro de salud de Narón.

RESULTADOS ESPERADOS: Se aguarda demostrar la eficacia de la intervención enfermera, así como obtener información relevante que sugiera cuales son las dimensiones con mayor capacidad de proteger el funcionamiento familiar.

Palabras clave: nacimiento, funcionalidad familiar, afrontamiento, enfermería, salutogénesis, Pender.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The first son birth constitutes a vital crisis in which couples have an adaptation to new roles and demands, and in that they will experience deeper changes than in any other stage of the vital cycle. Although an effective adjustment usually takes place and the couple ends up by taking up his paternity in a satisfactory and competently way, in other many cases states a familiar ineffective confrontation, with important repercussions in the couple and in children' life and for the family functioning as a encourage group of his members.

From a salutogenic perspective, not trying to prevent the problem but promoting the familiar health, an investigation project is designed for allowing the families to enhance and protect their confrontation potential in this vital stage.

OBJECTIVE: Prove the effectiveness of a salutogenic intervention in order to promote the familiar functionality in couples who are expecting their first son, and know what subsystem determines this effectiveness.

METHODOLOGY: Randomized clinical trial carries out with group control without masking, in conformity with the clinical practice guide for clinical trials CONSORT, in a couple's sample which make their pregnancy monitoring in Narón medical centre.

EXPECTED RESULTS: It is expected to show the nursing intervention effectiveness, as well as obtaining relevant information in order to suggest what the dimensions with greater protection familiar function capacity are.

KEYWORDS: birth, family functioning, coping, nursing, salutogenesis, Pender.

2. LISTADO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

- CEIC: Comité de Ética de Investigación Clínica.
- LWMAT: The Locke-Wallace Marital Adjustment Test.
- FF-SIL: Test de Funcionamiento Familiar.
- PSS: Parental Stress Scale.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- RR: Riesgo relativo.
- RRR: Reducción relativa del riesgo.
- RAR: Reducción absoluta del riesgo.
- NNT: Número total de pacientes a tratar.
- JCR: Journal Citation Report.
- RIC: Repercusión Inmediata Cuiden.
- ICM: International Confederation of Midwives.
- FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- CS: Centro de salud.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

De cómo una pareja se convierte en una familia

Se puede afirmar que la familia es un sistema integrativo que cumple básicamente la función de sustento emocional para el desarrollo de los hijos, otorga estabilidad a los adultos y es fuente de apoyo social para todos sus integrantes¹. Es el escenario privilegiado en donde se lleva a cabo el desarrollo de la identidad y el proceso de socialización del individuo, ya que en ella el sujeto tiene sus primeras experiencias y adquiere sus valores y su concepción del mundo². Es por tanto el lugar donde se dan las condiciones para fraguar un desarrollo favorable y sano de la personalidad, o sus trastornos emocionales (Attachment Parenting International, 2008).

Además, es donde se debe construir un entorno físico y de relaciones que favorezcan el desarrollo humano de sus miembros y que les permita alcanzar su óptimo potencial, respetando su dignidad de acuerdo a sus expectativas y necesidades, en los órdenes biológico, psicológico y social³. No hay ninguna instancia social diferente a ella que hasta ahora haya logrado reemplazar la satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo el ser humano⁴.

El inicio de la familia comienza en la unión de dos personas que se plantean acometer juntos un camino en el que la mayoría de las parejas pasarán por una serie de etapas, en las que se enfrentarán a tareas evolutivas diferenciadas y a períodos de transición entre ellas. La soltería, la pareja conviviente o la pareja con hijos, son algunas de las etapas que constituyen este camino, tradicionalmente llamado ciclo vital familiar⁵.

Sin duda, algunas de las etapas que tradicionalmente fueron transitadas por casi todas las parejas, como el noviazgo, el matrimonio, o la paternidad, se han modificado sustancialmente en la sociedad contemporánea, tanto en su forma como en su duración. Encontramos cada vez más parejas que incorporan en su haber dos carreras o

proyectos profesionales, que les obligan a retrasar la tenencia de los hijos, aumentando su etapa de matrimonio o pareja sin hijos. Así mismo la disminución del número de hijos que hoy se tienen, ha supuesto que la etapa de crianza de niños pequeños se haya acortado en el tiempo, mientras la necesidad de compatibilizar el trabajo dentro y fuera del hogar ha materializado un riesgo de divorcio importante⁵.

Pero aun cuando los modelos familiares han evolucionado sustancialmente, la pareja precede a la paternidad en la mayoría de las familias, evolucionando desde las familias constituidas por dos personas con proyectos diferenciados que se están conociendo y confrontando sus valores y expectativas; a otras en convivencia, que habrán de entenderse más profundamente y acomodar sus perspectivas a la realidad y al funcionamiento de la nueva organización que están construyendo. Este reto evolutivo estará presente aun cuando los integrantes de estas nuevas familias hayan tenido matrimonios previos o convivencia con parejas anteriores, sean del mismo sexo o carezcan de la presencia de una familia extensa que los apoye en este momento de sus vidas⁶.

Así, con la formación de cada nueva pareja queda constituido un sistema, que será el inicio de una nueva familia a la que cada uno de sus integrantes llega con sus creencias, sus formas de actuar y sus expectativas, a menudo heredadas o aprendidas en su familia de origen, y de la que esperan obtener la satisfacción de sus necesidades de seguridad, protección y afecto, y poder realizar sus funciones económica y reproductora, entre otras⁷.

De cómo funcionan las familias

Este sistema regula la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interacción entre ellos; todo ello sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio de cada uno de sus integrantes, lo que los hace capaces de enfrentar los retos que han de asumir en las crisis evolutivas como en las sobrevenidas

(Ortiz, 1999). Esta dinámica de funcionamiento es lo que se viene conociendo como funcionamiento familiar.

El funcionamiento familiar es una expresión de la estructura y la organización de la familia, lo que es observable a través de las acciones y el juego de relaciones entre sus integrantes, es decir: qué hace quién, a quién y cómo. Y su finalidad es la de proporcionar protección, regulación y estabilidad al sistema familiar⁸.

El funcionamiento familiar ha sido objeto de estudio en reiteradas ocasiones, evaluándose el mismo a través de las categorías de cohesión, armonía, comunicación, rol, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad; y se considera el componente más importante para determinar la salud de la familia⁹. Por consiguiente, cuando el funcionamiento familiar es saludable, la familia cumple exitosamente con sus objetivos y funciones, satisface las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, transmite valores éticos y culturales, así como promueve y facilita el proceso de socialización de sus integrantes. Mantiene un equilibrio que sirve para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital, establece patrones para las relaciones interpersonales y crea las condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y sexual de sus integrantes¹⁰.

Los estudios de Minuchín han permitido comprender el funcionamiento familiar, a través del funcionamiento de los subsistemas en que se soporta: el subsistema conyugal, el parental y el fraternal, referidos al funcionamiento de los integrantes del grupo familiar en sus roles de pareja, de padres o de hermanos respectivamente. Su modelo es considerado normativo como parámetro para reconocer que cada quien en el sistema debe de ocupar un lugar, y actuar de manera coherente de acuerdo con su rol⁸.

Tras una primera etapa de conocimiento mutuo, en la que dos individualidades “tú” y “yo” inician la convivencia y dan espacio a un “nosotros” que se fragua en la interacción bajo el mismo techo, es habitual que la pareja pase por un periodo en el que ambos se hacen impermeables a las influencias de amigos, familiares y del trabajo, lo que les permitirá consolidar su unión en lo emocional, social y sexual. Esta impermeabilidad se irá modificando con el tiempo y la evolución de cada pareja hasta el momento en que decidan tener un hijo¹¹.

Sea cuales fueran las razones conscientes o inconscientes por las que una pareja decide convertirse en una familia con hijos, el nacimiento de los mismos acarrea cambios importantes, tanto en la relación de pareja como en toda la familia. A pesar de la variabilidad interindividual existente y de ser una etapa natural en la vida humana, la llegada a la paternidad no solo constituye una importante transición vital, sino también una crisis evolutiva⁵ en la que hombres como mujeres habrán de adaptarse a nuevos roles y demandas para poder hacerle frente (Herzog y Lebovici, 1995). Esta etapa se inicia desde la concepción, y comprende las experiencias que rodean el embarazo, el parto, el crecimiento y el desarrollo del bebé, hasta el comienzo de la escolaridad.

A lo largo de la misma, observamos como el sistema familiar deja de equipararse meramente a un sistema conyugal –en el cual la relación dual que se había planteado en el noviazgo se consolida en un compromiso de pareja a largo plazo- para pasar a reposar también en un subsistema parental, que a partir de una relación triangular permita a la pareja asumir la parentalidad, y poder prestar al niño la atención y los cuidados que necesita¹¹.

En el sistema conyugal, lo importante es negociar y realizar acuerdos con respecto al proceso de individuación de cada uno y la construcción colectiva de una vida en común⁸. Minuchín y Fisman sostienen que algunas de las pautas de interacción de este subsistema no suelen ser

discernidas con consciencia, muchas de ellas vienen dadas, probablemente a partir del patrón de socialización, y otras forman parte de acuerdos, pero todas ellas determinan el modo en que cada individuo se percibe así mismo y percibe al compañero⁸.

En el sistema parental, los padres han asumido ya funciones de cuidado, crianza, educación y socialización de los hijos. Las mismas les van llevando a modificar sus formas de relación entre ellos, y con los propios hijos. Es un subsistema muy dinámico que se adapta permanentemente al crecimiento de los hijos y las nuevas demandas que se producen, y puede no estar conformado solo por el padre y la madre, sino por abuelos u otros parientes⁸.

De la familia disfuncional y sus consecuencias

El cambio de una etapa a la otra, implica cambios en las reglas, normas de comportamiento y relaciones establecidas, así como en las funciones y roles de cada uno de los integrantes del sistema familiar⁸. Es una etapa altamente desestabilizadora, pues los retos de la crianza exigirán que se conforme una díada madre-hijo fuertemente unida a fin de que la madre pueda interpretar y descifrar las demandas del hijo, se muestre disponible y se erija en la base segura desde la que el niño pueda explorar el mundo con seguridad (Gómez, 2010), libre de la ansiedad y el temor de la separación^{12,13}.

Esta desatención a los roles y tareas anteriores, junto con las nuevas demandas, generará inevitablemente mucha tensión en la pareja, siendo frecuentes los reproches, la depresión, el cansancio en ambos padres o la dificultad a la hora de tomar decisiones¹¹. Durante este período el padre tenderá a sentirse relegado de esta díada biológica y emocionalmente fusionada, siendo escasamente visibilizado su importante papel, aportando sostén a esta relación y haciendo de nexo entre la díada con el mundo exterior^{14,15}.

Este desequilibrio podrá recuperarse redefiniendo acuerdos que respondan a las necesidades tanto del subsistema marital -que habrá de satisfacer las necesidades emocionales y de relación mutua de la pareja adulta de la familia-, como del subsistema parental -que habrá de atender las necesidades del hijo y de ejercer la autoridad adecuada a la edad⁴-, siendo adecuado en esta etapa dejar claros los límites entre cada subsistema para adaptarse mejor al cambio⁸.

Esta tarea, apoyada y promovida por procesos biológicos y sociales, es una de las etapas más riesgosas y complejas de todo el ciclo vital, lo que a menudo constituye una fuente de estrés y trae consigo cambios más profundos que cualquier otro evento en el ciclo familiar (Cowan et al. 1985, Osofsky 1984, Price et al. 2000, Priel & Besser 2002). Tal es así que desde los años 30, ha sido objeto de estudio reiterado por sociólogos, psicólogos y profesionales de la salud.

De lo que ya estaba investigado

Si en 1930 Woodhouse centraba su estudio en el modo en que las familias enfrentaban los cambios a lo largo del ciclo vital, en la década de los cincuenta Le Masters constataría que la mayoría de las parejas experimentaba crisis moderadas o severas en sus relaciones maritales y familiares en los primeros años tras el nacimiento de los hijos. A partir de entonces surgirían dos corrientes de estudio, la que defiende que la paternidad es un objeto estresante con riesgo de fracaso de los mecanismos de adaptación, lo que supone un riesgo alto de distrés y disfunción familiar (Hobbs & cols, 77; Worthington & Buston, 88; Engfer & Schneewind, 85) y la que considera que la merma en el ajuste y la satisfacción marital no es significativamente diferente a la que experimentan a lo largo de los años las parejas sin hijos (White & Booth, 85; Mettale & Huston, 85; Macdermid et al., 90)¹⁶.

En los años 90, Belsky y sus colaboradores volvieron a constatar que entre un tercio y la mitad de las parejas estudiadas presentaban una drástica bajada en la calidad marital a la llegada de los hijos^{13,17,18}. En el

año 1995, Cowan & Cowan publicaron un estudio en el cual observaron durante 6 años a parejas en este período de sus vidas, pudiendo constatar que el 20% de las que tuvieron un hijo se divorciaron, frente al 50% de las que no lo tuvieron, lo que resultó coherente con el estudio de Burnpass & Rindfuss de 1979, donde concluía que si bien la tenencia de un hijo ocasionaba insatisfacción en los nuevos padres, su presencia tendía a conservar intacto el subsistema parental¹⁶.

El estudio de Redshaw & Henderson en 2013 reportó estrés, infelicidad y tristeza en las primeras semanas del nacimiento¹⁹. Otro estudio publicado en 2009 usando 218 parejas durante los primeros 8 años de convivencia, demostró que la transición a la paternidad tuvo un impacto significativo en el funcionamiento familiar, siendo para la mayoría de las parejas negativo y mantenido en el tiempo, constatándose que tanto los hombres como las mujeres sufrieron cambios similares en lo que se refiere a la parte psicológica²⁰.

Se constataron además otros problemas de diversa índole, tales como el descuido en el papel de esposos y el desajuste afectivo en la pareja por su concentración en el papel de padres; el desplazamiento de posibles problemas de la pareja a la crianza y al desarrollo del niño, la distribución no equitativa de tareas y funciones familiares, recargando en exceso a un miembro de la familia; así como la presencia de inseguridades y miedos acerca de la nueva situación²¹.

Diversas investigaciones han señalado al estrés familiar como responsable de conflictos entre los padres y sus hijos, así como de prácticas de crianza negativas²², problemas de conducta, y deserción escolar²³; un inicio de la actividad sexual y una maduración puberal temprana, matrimonios prematuros²⁴, relaciones de pareja inestables y temporales en hombres²⁵, además de una alta tasa de divorcios²⁶. Por el contrario, ambientes familiares donde prevalecen relaciones predecibles y relativamente estables, favorecieron en los niños rasgos para una crianza competitiva, mejor ajuste social y emocional²⁷.

Otros estudios pusieron de manifiesto que la dificultad de adaptación en esta etapa del ciclo vital, se vio dificultada por la persistencia de la unión madre-bebé a lo largo del tiempo y la intolerancia por parte del padre para ocupar un lugar secundario en el sistema conyugal, durante los primeros meses⁶. También por los problemas económicos sobrevenidos, la baja autoestima o los sentimientos de culpabilidad; el desajuste o descuido en las relaciones sociales y las crisis de identidad por dificultad en aceptar los nuevos roles de los cónyuges²⁸ o la excesiva participación de la familia extensa en el cuidado del bebé (Estremero y Gacia).

En la actualidad, más estudios continúan con la perspectiva de Cowan & Cowan y Burnpass & Rindfuss y asumen la bajada de satisfacción en la pareja tras la llegada del primer hijo^{21,29,30}. A raíz de ello, en la última década, aparecen nuevas ideas considerando que el cambio en la relación afectiva dentro de la pareja a la llegada del recién nacido no siempre es negativo, ya que puede resultar en una relación más fuerte (Fägerskiöld 2008), lo que desconocemos si se produce por la capacidad del sistema familiar para reajustarse globalmente, o porque el subsistema parental tenga el peso suficiente para mantener unida a la familia, aun cuando el conyugal deje de funcionar.

Si esto fuese así, estaríamos contraviniendo la “hipótesis Spillover”³¹, a partir de la cual se espera que la calidad de las relaciones conyugales revierta en las relaciones con los hijos. Dicha hipótesis se sostiene en la consideración de que una mayor satisfacción conyugal repercute positivamente en la adaptación psicológica y el desarrollo de los hijos, al adoptar prácticas educativas menos punitivas y con mayor proximidad afectiva (Murphy y O’Leary, 1989; Fischman y Meyers, 2000; Low y Stoker, 2005).

Holmes y Rahe³², pusieron de manifiesto que esta compleja etapa del ciclo vital requiere de un despliegue de estrategias que ayuden a afrontar el estrés psicosocial generado por la situación vivida. Dichas estrategias constituyen lo que conocemos como afrontamiento^{33,34}. Lazarus y Folkman (1986), lo definen más concretamente como “el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos”. Por su parte Kleinke (2001), refirió que el “afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación”.

Los recursos de afrontamiento con que cuentan los nuevos padres, están por tanto constituidos por todos aquellos pensamientos, interpretaciones y conductas que pueden desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en esta situación. Muchos de ellos, proceden de su familia de origen, de los profesionales o de experiencias cercanas que hayan vivido con la crianza^{33,34}.

Aunque en la mayoría de los casos este proceso de adaptación se resuelve favorablemente y la pareja termina asumiendo de forma satisfactoria y competente su nuevo rol de padres^{30,35}, no son pocos los casos en los que esta transición no se completa adecuadamente (Pollock et al. 2005, Knoester & Eggebeen 2006, Magill-Evans et al. 2006), y el camino a la paternidad se convierte en desencadenante de rupturas conyugales o de un ejercicio disfuncional de sus funciones como padres, pudiendo llegar a comprometer o perjudicar el desarrollo del menor (Rodrigo, Máiquez, Martín y Rodríguez, 2005). En consecuencia podemos afirmar que el funcionamiento familiar positivo está directamente relacionado con el adecuado funcionamiento de los subsistemas marital y parental.

Del funcionamiento familiar como objeto de la salud pública

Si bien el estudio del funcionamiento familiar en esta etapa evolutiva, ha sido reiteradamente liderado por la psicología en el ámbito de sus finalidades, no es menos cierto que el funcionamiento de una familia está directamente relacionado con las capacidades y habilidades que las personas presentan para hacer frente a sus demandas de cuidados y autoatención^{36,37,38,39}. Por consiguiente el protegerlo habrá de ser una meta de la salud pública.

Más allá de un enfoque basado en la prevención, la salud pública se está dejando impregnar cada vez más intensamente por el movimiento salutogénico, más orientado a crear y promover salud, a potenciar los factores de resiliencia y los llamados activos en salud de personas, grupos o comunidades, que a prevenir enfermedades y eliminar riesgos^{40,41,42}. De ahí que en este trabajo hayamos querido poner la atención en promover la funcionalidad familiar de las parejas que se inician como padres y no en prevenir un funcionamiento familiar ineficaz y las consecuencias del mismo.

Marco teórico: La concepción salutogénica de Pender

Promovido por Antonovsky^{43,44} y desarrollado de la mano del movimiento internacional por la promoción de la salud que se iniciaba formalmente con la conferencia internacional de Ottawa⁴⁵, la salutogénesis ha recuperado su interés en nuestro país de la mano de la Escuela Andaluza de Salud Pública⁴⁰.

Tal como dijo Pender en el desarrollo de la teoría de promoción de la salud, si el reto del siglo XX fue la prevención, el del siglo XXI habrá de ser la promoción de la salud. Esta teoría de segunda generación constituye un modelo enfermero que permite un cuidado salutogénico integrado en el proceso de atención de enfermería. En dicho modelo no tienen cabida el miedo o la amenaza como fuente de motivación para la conducta humana, ya que no se enfoca en la prevención de la

enfermedad sino en el fomento de la salud de las personas a lo largo de su vida⁴⁶.

La teoría de promoción de la salud de Pender reorienta el trabajo de los enfermeros hacia el análisis de los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y a su vida⁴⁷, todo ello con la finalidad de ayudar a las personas a que se comprometan con la realización de aquellas conductas promotoras de salud, que ella agrupa bajo lo que denomina un “estilo de vida saludable”⁴⁸.

Este estilo de vida saludable comprende conductas promotoras de salud en las dimensiones de responsabilidad con la propia salud, nutrición, actividad física, relaciones interpersonales, gestión del estrés y crecimiento personal. Las conductas que integran y dan forma al funcionamiento familiar saludable, forman parte de ese pool de conductas al que Pender se refiere, en las dimensiones de relaciones interpersonales y de gestión del estrés⁴⁹.

En la dimensión de relaciones interpersonales, Pender refiere que lo saludable es discutir los problemas y las preocupaciones con las personas allegadas, elogiar a los otros, mantener relaciones significativas y enriquecedoras, pasar tiempo con los amigos, hacer demostraciones de afecto y preocupación por los otros, tocar y ser tocado, satisfacer las necesidades de intimidad, buscar el apoyo de grupos, promover el diálogo y el compromiso como vía de encontrar acuerdos. Sin duda cuestiones que en el ámbito de la pareja con hijos recién nacidos se van a ver sustancialmente afectadas, por los cambios tan bruscos en los roles y las dinámicas de la pareja, pero que pueden ser preservadas si hay un interés en lograrlo y una voluntad de alcanzar dichas metas en aras al bienestar familiar⁴⁹.

En la dimensión de gestión del estrés, Pender señala que lo saludable es dormir suficientemente, tomarse un tiempo diariamente para relajarse,

trabajar la aceptación, promover el pensamiento positivo, usar métodos de control del estrés, meditar diariamente y mantener un balance entre la actividad y el descanso⁴⁹.

La llegada de un recién nacido al hogar conyugal, será sin lugar a dudas, un factor que afecte sustancialmente al compromiso con las conductas de salud de sus integrantes, básicamente por sus patrones de sueño y sus demandas de alimento y atención. La imposibilidad de satisfacer el sueño, el descanso, el cuidado de uno mismo, generarán una dinámica tipo dominó, donde la incapacidad de comprometerse con unas dimensiones de salud, resultará en la imposibilidad de comprometerse con otras relativas a dimensiones diferentes. De ahí que preverlos y decidir cómo van a ser afrontados, resultará de vital importancia para mantener el mejor funcionamiento familiar que sea posible, extrayendo el máximo potencial de los activos con que cuenta la familia en este momento de sus vidas.

Resulta por tanto indubitado, el legítimo interés de la profesión enfermera por el funcionamiento familiar de las parejas a la llegada de su primer hijo, un funcionamiento que ha sido descrito como una meta a alcanzar mediante los cuidados enfermeros salutogénicos, por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros (NANDA)⁵¹, bajo la etiqueta “Disposición para mejorar los procesos familiares” (00159), en el dominio de promoción de la salud.

Esta meta, ha sido definida como “un patrón que es suficiente para apoyar el bienestar de los miembros de la familia y que puede ser reforzado”. Y entre sus características definitorias son señaladas las actividades que apoyan el crecimiento y seguridad de los miembros de la familia, el equilibrio entre la autonomía y la cohesión de sus integrantes; el nivel de energía de la familia que ha de dar soporte a las actividades de la vida diaria, la capacidad de la ésta para adaptarse a los cambios, y un funcionamiento familiar que satisfaga las necesidades de sus integrantes,

así como unos roles familiares apropiados y flexibles para las etapas del desarrollo⁵¹.

Así mismo, en la clasificación de resultados de enfermería NOC, se recoge como objetivo “Funcionamiento de la familia” (2602), el cual es definido como la capacidad del sistema familiar para satisfacer las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo; siendo sus indicadores socializa a los nuevos miembros de la familia, cuida los miembros dependientes de la familia, regula la conducta de los miembros y distribuye las responsabilidades entre ellos, mantiene estables las tradiciones, se adapta a los cambios de desarrollo y a crisis inesperadas, obtiene los recursos adecuados para satisfacer las necesidades de los miembros de la familia, crea un entorno donde los miembros puedan expresar libremente sus sentimientos, acepta la diversidad entre los miembros de la familia, implica a los miembros en la resolución de problemas y conflictos, los miembros son receptivos a nuevas ideas, los miembros representan los roles esperados, los miembros se apoyan entre sí y se ayudan unos a otros, los miembros pasan tiempo juntos y participan en actividades de la comunidad y los miembros expresan su acuerdo y lealtad a la familia⁵².

Del mismo modo, en la taxonomía de intervenciones de enfermería NIC, se recoge como intervención enfermera la “Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)” (7104), la cual es definida como el proceso de “facilitar el crecimiento individual o de la familia que incorpora un hijo más al hogar”^{53,54}; siendo las actividades sugeridas para realizarla, el establecer relaciones de confianza con los padres, escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia, apoyar y respetar el sistema de valores, identificar los patrones de interacción familiar, ayudarles a identificar sus puntos fuertes así como los débiles, e identificar los mecanismos de afrontamiento que utiliza habitualmente esa familia para hacer frente a sus problemas⁵⁵.

Centrados por tanto en la crítica situación que se aventura para las familias a la llegada de su primer hijo, y en la legitimidad de las enfermeras para abordar esta situación desde una perspectiva salutogénica, planteamos este estudio, cuyo objeto es por tanto, dar forma a estas recomendaciones para los cuidados de enfermería con familias que van a tener a su primer hijo, diseñando y probando una intervención que tenga el potencial de optimizar y potenciar el desempeño familiar, fortaleciendo las competencias existentes (capacidad para cuidar de los hijos y dar respuestas adecuadas a sus necesidades)⁵⁵ y no desde planteamientos más tradicionales de superación de deficiencias (Rodrigo, Máiquez, Martín y Rodríguez, 2005), ayudándoles a descubrir los activos con que cuentan, y a adquirir las fortalezas que necesitan⁴⁰ para alcanzar las características que definen la meta enfermera de mejorar los procesos familiares⁵¹.

4. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE

Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Esc. And. Salud Pública [serie en línea]. 2010 [consulta Febrero de 2015]. Disponible en: www.easp.es/?wpdmact=process&did=Mt5ob3RsaW5r

Documento recopilatorio sobre la salutogénesis y la teoría de los activos en salud. Destaca la importancia de reorientar el ámbito de la salud pública hacia la creación de salud y no hacia la prevención de la enfermedad y apuesta por hacerlo a través de los factores de resiliencia de los activos en salud.

Palacios González et al. Evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz [Recurso electrónico]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [consulta Abril de 2015]. Disponible en: http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1465/6/PromocionParentalidad_2014.pdf

Esta es otra interesante herramienta del Sistema Sanitario Público Andaluz. Consta de una serie de estrategias que intentan reconocer las capacidades de los progenitores y, por tanto, dirigir el trabajo con ellos a optimizar el desempeño parental mediante el fortalecimiento de estas capacidades y a fomentar su autonomía en la tarea de ser padres y madres, creando en ellos y ellas un sentido de competencia personal en la tarea educativa, más que de total dependencia del conocimiento experto.

Hidalgo García MV, Menéndez Álvarez-Dardet S. Apoyo a las familias durante el proceso de transición a la maternidad y la paternidad. FAMILIA 38 [revista en Internet] 2009 [consultado Marzo de 2015] 133-152. Disponible en:

http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6235/Apoyo_a_las_familias.pdf?sequence=2

Este artículo tiene un doble objetivo. En primer lugar, se analiza el proceso de transición a la maternidad y la paternidad, describiendo los principales cambios que mujeres y hombres experimentan al convertirse en padres. En segundo lugar, se analizan las necesidades de apoyo de las familias durante este proceso y se presentan los programas de formación de madres y padres como un tipo de intervención psicoeducativa muy apropiada para cubrir las necesidades de las familias.

Cowan CP, Cowan PA. Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. Family Relations [online]. 1995 [consulta Febrero de 2015]; 44(4): 412-423. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/584997?seq=1#page_scan_tab_contents

En este trabajo, se pone de manifiesto el hecho de que la mayoría de las parejas experimentan una angustia individual y un malestar conyugal tras la llegada del primer hijo, sin embargo escasean las intervenciones para aliviar esta transición.

Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2008 [consulta Enero de 2015]; 8:30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2519055/pdf/1471-2393-8-30.pdf>

Este artículo constata que la tenencia de un hijo es el periodo de ajuste más importante dentro de la familia, y sobre esa base indaga con los padres que esperan su primer hijo acerca de cómo podrían ser ayudados. Así mismo, se indica la necesidad de una mejora de la enseñanza para la paternidad, la importancia de inclusión de padres -y no sólo las madres- en la educación prenatal.

5. HIPÓTESIS

- Hipótesis nula H0: La intervención de enfermería propuesta no logra proteger o mejorar la funcionalidad familiar a los tres meses del nacimiento.
- Hipótesis alternativa H1: La intervención de enfermería propuesta logra proteger o mejorar la funcionalidad familiar a los tres meses del nacimiento.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Demostrar la eficacia de una intervención enfermera salutogénica realizada a partir del séptimo mes de embarazo para proteger y promover la funcionalidad familiar en parejas que esperan su primer hijo hasta tres meses después del nacimiento.
- Identificar cuáles son los subsistemas que determinan la protección o la mejora del funcionamiento familiar a los tres meses del nacimiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Diseñar una intervención de cuidados de enfermería dirigida a proteger y promover el funcionamiento familiar, en familias que esperan su primer hijo.
- Conocer el grado de funcionamiento familiar y de satisfacción marital que presentan las parejas participantes en el estudio al comienzo del mismo, a la semana, al mes, y a los tres meses del nacimiento del hijo.
- Conocer el grado de estrés parental que presentan las familias a la semana, al mes y a los tres meses del nacimiento del hijo.
- Conocer si la funcionalidad familiar, la satisfacción marital y el estrés parental se mantienen o se modifican significativamente en el tiempo en quienes han estado expuestos a la intervención enfermera, frente a los que no han estado expuestos.

En caso de demostrarse la eficacia de la intervención salutogénica,

- Identificar si alguno de los dos subsistemas –parental o conyugal- pueden predecir por sí solos la eficacia de la intervención.
- Comprobar si la eficacia de la intervención depende del cónyuge que participe en ella.

7. METODOLOGÍA

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Para responder a los objetivos planteados en el estudio, optaremos por un abordaje cuantitativo con un estudio experimental sólo post-test con un diseño de ensayo clínico aleatorizado sin enmascaramiento⁵⁶, frente a un grupo control que no recibirá ningún tipo de intervención.

Está dirigido a probar la eficacia de una intervención de enfermería en una muestra de parejas que esperan su primer hijo. El proyecto de dicho estudio se ha realizado de acuerdo a las recomendaciones de exigencia y calidad para la realización de ensayos clínicos recogidas en la guía Consort⁵⁷ del año 2010.

7.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Realizamos una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de ámbito sanitario, como Pubmed, Scielo, Enfispo, Cuiden, Cinahl o Scopus. A tal efecto se incluyeron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y artículos de revistas. Los idiomas de los estudios que fueron seleccionados son español, inglés y portugués, y se limitó la búsqueda a los últimos diez años para que la información fuese lo más actualizada posible.

Seguidamente a la búsqueda y haciendo una verificación de toda la bibliografía encontrada nos quedamos con 51 referencias. Para facilitar la lectura del resto del trabajo, se incluye la estrategia de búsqueda en el ANEXO IV.

7.3 ÁMBITO DEL ESTUDIO

El presente estudio se llevará a cabo en el ayuntamiento de Narón, captándose para ello parejas que esperan un hijo a través de las dos

matronas del centro de salud de este ayuntamiento; siendo uno de los más importantes dentro de la comarca de Ferrolterra en cuanto a población (39.574 personas en el año 2014) con un número total de mujeres mayores de edad, y en edad fértil de 9.570. Se ha seleccionado este ayuntamiento por ser el que presenta el mayor crecimiento demográfico de la comarca.

7.4 DURACIÓN DEL ESTUDIO

El período de estudio será de 15 meses, dará comienzo en Septiembre de 2015 y se prolongará hasta Diciembre de 2016.

- Septiembre 2015: En este mes, la investigadora principal llevará a cabo el diseño de la intervención, y las reuniones que fueran necesarias a tal fin con otros profesionales.
- Octubre de 2015: A lo largo del mes, la investigadora principal realizará la presentación del proyecto en el centro de salud.
- Desde Octubre hasta Diciembre de 2015: Se realizará la solicitud y tramitación de los permisos pertinentes al Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC).
- Desde Enero hasta Junio de 2016: se iniciarán las sesiones de la intervención.
- Julio 2016: este mes será utilizado para paliar posibles contingencias o imprevistos que pudieran surgir, para lo cual hay destinada una partida dentro del presupuesto.
- Desde Marzo hasta Septiembre de 2016: Se facilitarán y recogerán los cuestionarios cumplimentados LWMAT, FF-SIL y PSS (Parental Stress Scale) a la semana, al mes y a los tres meses tras el parto.

- Octubre de 2016: se realizará la codificación y el análisis de datos, así como la interpretación de los resultados y su preparación para publicación.
- Noviembre de 2016: se llevará a cabo la difusión de resultados a los participantes.
- Desde Noviembre hasta Diciembre de 2016: se realizará la redacción final del trabajo y la difusión de resultados a través de revistas científicas.

Puede visualizarse el cronograma de trabajo en el ANEXO II.

7.5 PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

La muestra la formarán parejas que esperen su primer hijo, ambos miembros con edades comprendidas entre los 18 y los 49 años, cuyas matronas de referencia sean las que trabajan en el Centro de Salud de Narón. Serán estas mismas matronas las que, tras conocer el estudio, capten a las parejas cuando acudan a las revisiones del embarazo.

7.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se mantendrán los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Los criterios de inclusión son:
 - Parejas que esperan su primer hijo y que hacen el seguimiento de su embarazo y preparación al parto en el centro de salud de Narón.
 - Ser ambos miembros de la pareja mayores de 18 años y no sobrepasar los 49.
 - Prestar voluntariamente su consentimiento para participar en este estudio.
 - Mostrar disposición para atender las citas propuestas.
- Los criterios de exclusión son:

- Algún miembro de la pareja menor de edad o que sobrepase los 49 años.
 - Que para alguno de los miembros de la pareja este no sea su primer hijo.
 - Que el embarazo se haya logrado mediante técnicas de reproducción asistida.
 - Que el embarazo sea de riesgo o haya malformaciones existentes conocidas en el feto.
 - No querer participar voluntariamente.
 - No firmar el consentimiento informado.
- Los criterios de retirada son:
 - Manifestación de su deseo de abandonar el estudio.
 - No participación en las sesiones propuestas.
 - Complicaciones graves en el parto.
 - Parto anterior a las 37 semanas de gestación.

7.7 ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

Se procederá a la captación de parejas por las vías indicadas hasta un total de 81 parejas que esperan su primer hijo, a tenor del siguiente cálculo:

Teniendo en cuenta la población con edades comprendidas entre los 18 y los 49 años del Ayuntamiento de Narón en el año 2014 (39574 personas) según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), para una seguridad del 95% ($\alpha=0.05$) y una precisión $\pm 5\%$, asumiendo un porcentaje de pérdidas del 10%; precisamos estudiar a 81 parejas^{58,59}.

7.8 ALEATORIZACIÓN

Una vez reunidas e informadas las parejas captadas de la finalidad del estudio y del grado de compromiso que exige su participación, las que

finalmente deseen participar y muestren su consentimiento escrito serán aleatorizadas y asignadas al grupo de intervención o al grupo control.

Dicha asignación, se realizará a través del programa informático Epidat 4.0⁶⁰ que generará dos grupos de tratamiento y asignará de forma simple a las parejas seleccionadas a cada uno de los dos grupos. Se les asignará un código de dos dígitos, asignándose de manera consecutiva y siguiendo el orden de aleatorización.

7.9 PROCEDIMIENTO

7.9.1 PROFESIONALES

Para la realización del estudio experimental contaremos con la colaboración de las matronas del centro de Salud de Narón. Estas matronas se reunirán regularmente con la responsable de la investigación y registrarán periódicamente los datos que les sean requeridos a lo largo de toda la intervención.

Las parejas serán captadas al séptimo mes de gestación, y serán aleatorizadas en dos grupos: las parejas que recibirán la intervención enfermera y las parejas que funcionarán como grupo control y no recibirán la intervención, aunque continúen acudiendo a los controles y a la preparación del parto prevista por el Sergas.

7.9.2 PARTICIPANTES

Los participantes en este estudio serán informados del tipo de experiencia en que van a participar y de las exigencias que dicha participación requiere. De la existencia de un grupo control y uno intervención como de que los resultados del estudio se comunicarán y compartirán al finalizar el estudio con todos los participantes, y en beneficio de las mismos. En todo el tiempo que dure el estudio serán garantizados los derechos de los

participantes dentro de la investigación, incluidos el de abandonar el estudio en cualquier momento y sin justificación.

Las parejas que sean asignadas aleatoriamente al grupo control cumplirán los requisitos de inclusión, pero no recibirán la intervención. Las parejas asignadas al grupo de intervención cumplirán los criterios de inclusión en el estudio y participarán activamente en la intervención de enfermería diseñada para promover una funcionalidad familiar adecuada a la llegada del primer hijo.

7.9.3 ESTABLECIMIENTO DE VARIABLES

Se han considerado las siguientes variables:

- Variables dependientes:

1. Variables relacionadas con la relación marital: calidad y satisfacción con dicha relación, intereses en común, confianza en el otro cónyuge.
2. Variables relativas a la funcionalidad familiar: toma de decisiones, armonía familiar, cumplimiento de responsabilidades, manifestaciones de cariño, comunicación, aceptación, relación de ayuda, repartición de tareas, capacidad de buscar ayuda en otras personas, respeto ante las distintas necesidades e intereses, socialización de los nuevos miembros, cuidado de los miembros dependientes, regulación de la conducta, mantenimiento de tradiciones, adaptación a los cambios del desarrollo y crisis inesperadas, efectividad en la resolución de problemas y conflictos, representación esperada de roles, recepción de nuevas ideas, tiempo que la familia pasa junta, expresiones de acuerdo y lealtad, participación en actividades de la comunidad.
3. Variables relacionadas con el estrés parental: satisfacción con el hecho de ser padre/madre, gestión de tiempo y energía en el

cuidado de los hijos, preocupación con respecto a la paternidad, unidad familiar, gestos de cariño y afecto, perspectivas de futuro, estrés, pérdida de tiempo libre, dificultad para atender obligaciones, conductas del hijo, problemas económicos derivados de la paternidad, aumento de responsabilidades, pérdida de oportunidades, autocontrol, y percepción del hijo.

- Variable independiente: la participación en la intervención enfermera.

La finalidad de estas variables es comprobar la hipótesis alternativa.

7.9.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Entre los distintos test que hemos utilizado para la recogida de datos, se encuentran el test FF-SIL, el test LWMAT y el test PSS, cuyas propiedades psicométricas son las siguientes:

- FF-SIL: test de funcionamiento familiar que consta de 14 ítems y mide el grado de funcionalidad basado en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad. Si la familia obtiene puntuaciones por debajo de los 42 puntos, se podría hablar de familia disfuncional.

Las propiedades psicométricas del test demuestran que tiene una adecuada validez estructural (validada mediante análisis factorial confirmatorio), fiabilidad (consistencia interna medida por la Alfa de Cronbach es de 0.83 y test-retest de 0.82) y sensibilidad.

- LWMAT: test de satisfacción marital que consta de 15 ítems. La versión en español ha sido realizada por Tapia Villanueva et al en el año 2007.

En cuanto a la confiabilidad del estudio realizado por Locke y Wallace, el coeficiente de confiabilidad del test, obtenido a través

de la técnica split half y corregido a través de la fórmula Spearman fue de 0,90; con un test-retest de 0.86.

En cuanto a la validez, el test de ajuste marital de Locke y Wallace claramente diferenció entre personas bien ajustadas y aquellos que tienen un mal ajuste en el matrimonio. Los análisis de factores demuestran que el LWMAT mide un factor primario (ajuste) y un segundo factor bastante más pequeño (deseabilidad social) (Cross & Sharpley, 1981).

El punto de corte es de 94 puntos. Esto es las personas que están bajo este punto de corte pertenecen a la población disfuncional en términos de ajuste marital.

- PSS: test que mide el estrés parental que consta de 18 ítems. La versión española ha sido realizada por Oronoz B, Alonso-Arbiol I, Balluerka N en el año 2007.

La versión española de la PSS demostró una adecuada fiabilidad (consistencia interna, Alfa de Cronbach 0.81, y test-retest, 0.73), validez (concurrente), y sensibilidad. Puntuaciones altas indican alto estrés parental.

7.9.5 RECOGIDA DE DATOS DEL ENSAYO CLÍNICO

Al séptimo mes de gestación, la matrona informará debidamente a las parejas interesadas en participar en el estudio proporcionándoles la Hoja de información del paciente, así como un documento de Consentimiento Informado que podrán llevar y revisar antes de ser devuelto a la matrona. Pondrá a su disposición una dirección de correo electrónico para permitir el contacto con la investigadora principal.

La recopilación de datos del ensayo clínico se realizará en cuatro tiempos, al inicio de la intervención –a los 7 meses de gestación-, para recoger la información que permita establecer una línea de base sobre la que demostrar que se han producido o no las diferencias estadísticamente

significativas que se esperaban, y a la semana, al mes y a los tres meses tras el parto para comprobar así si se satisface la hipótesis alternativa.

Una vez formado el consentimiento informado la matrona facilitará a todas las parejas (tanto si forman parte del grupo intervención como si no) los cuestionarios LWMAT y FF-SIL para medir la satisfacción marital y la funcionalidad familiar respectivamente. Posteriormente se concertarán sesiones con la investigadora principal para los grupos que participen en la intervención, mientras el grupo control continuará acudiendo a los controles y a la preparación del parto prevista por el Sergas. Se concertará una sesión para explicar y presentar el proyecto. Posteriormente se prevén realizar tres o cuatro sesiones de hora y media de duración, si bien no es posible confirmarlo ya que se habrán de tener en cuenta los horarios de trabajo de las matronas y la disponibilidad de espacios adecuados en el centro de salud.

Se facilitarán y recogerán los cuestionarios cumplimentados LWMAT, FF-SIL y PSS a la semana, al mes y a los tres meses tras el parto.

7.10 ANALISIS DE RESULTADOS

La estrategia de análisis estadístico tendrá como finalidad demostrar la eficacia de la intervención enfermera que se propondrá frente a quienes han sido el grupo control.

Se llevará a cabo mediante un análisis descriptivo de todas las variables dependientes, las cuales se expresarán como media y desviación típica. Comprobada normalidad con el test de la t de Student se procederá a la comparación de medias y se calculará la correlación entre las variables con el coeficiente de Pearson o Spearman.

Adicionalmente, se estudiará la relevancia clínica de la intervención mediante el cálculo del riesgo relativo (RR), la reducción del riesgo relativo (RRR), la reducción absoluta del riesgo (RAR) y el número de pacientes necesarios a tratar (NNT).

Todas estas medidas se presentarán con su intervalo de confianza al 95%. Los datos se analizarán para cada miembro de la pareja, y se medirá con un análisis de regresión el peso que los subsistemas pueden tener para el éxito de la intervención.

Los análisis se realizarán usando el paquete estadístico “the Statistical Package for the Social Sciences software, IBM SPSS Statistics, versión 22.0”.

7.11 LIMITACIONES

Las limitaciones que podemos encontrar en la realización de este estudio podrían ser las siguientes:

- Sesgos de selección: como consecuencia de los criterios de inclusión y exclusión.
- Falta de participantes en el estudio, teniendo en cuenta que no cualquier persona tiene la disposición de participar en una intervención que requiere un esfuerzo personal para cambiar los patrones establecidos y crear salud en vez de evitar la enfermedad.
- Falta de adhesión a la intervención y abandono, al tratarse de una intervención prolongada en el tiempo donde la pareja pese a su voluntad de participar y mejorar puede sentirse incapaz de atender a todos los cambios que tiene que sobrellevar.
- Que no se pueda alcanzar el tamaño muestral calculado.

Cualquiera de ellos será abordado mediante la creación de un clima de confianza y empatía, de respeto y de ausencia de juicio, que facilita que la persona consiga sus objetivos de salud de una manera más eficaz.

- Sesgos de información: como consecuencia de la metodología empleada:

- Ligado a la falta de comprensión de los instrumentos de recogida de datos. A fin de paliarlos se usan instrumentos validados.

8. MEMORIA ECONÓMICA

8.1 RECURSOS DISPONIBLES

La captación de las participantes y la intervención se desarrolla en el Centro de Salud de Narón, contando con la colaboración de las matronas, y la cesión de uso de sus instalaciones en tanto no sean interrumpidas las actividades del centro.

Disponemos también del programa Epidat 4.0⁶⁰ obtenido gratuitamente a través de la página del Servicio Gallego de Salud.

8.2 RECURSOS NECESARIOS

RECURSOS NECESARIOS	CONCEPTO	COSTE TOTAL
1. Infraestructura	Cesión de espacio del centro de salud de Narón	0€
2. Recursos humanos	Investigador principal (sueldo base de enfermera para el año 2015 -762.60€- durante 15 meses que dura la investigación)	11439€
3. Recursos materiales	<p>a) <u>Material fungible</u>: incluye bolígrafos, subrayadores, paquetes de folios, libretas, carpetas, tacos de post-it, fotocopias y cartuchos de tinta negra y de color: 300€</p> <p>b) <u>Material inventariable</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pack de pendrives: 30€ - Impresora multifunción: 70€ <p>c) Adquisición del programa de análisis estadístico <u>SPSS</u>: 321,86€</p>	721.86€
4. Desplazamientos	Transporte en coche al centro de salud de Narón (0.11€/km), realizando 20 viajes ida-vuelta.	17.6€
5. Difusión de resultados	Asistencia a congresos (inscripción, traslado y estancia).	3000€
6. Otros (imprevistos)		250€
7. Total		15428.46€
8. COSTE TOTAL	+ 21% de IVA: 3240€	18668.44€

9. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Un trabajo científico debe difundirse a fin de poder hacer una contribución al conocimiento científico. Por tal motivo, una vez se elabore el informe final de la investigación y sea redactado de acuerdo a las normas de publicación de artículos científicos, se procederá a la difusión de los resultados obtenidos. Las revistas en donde se podrá llevar a cabo la misma, serán seleccionadas atendiendo a su factor de impacto para el área de enfermería según los Journal Citations Reports (JCR)⁶¹ y su relación con el tema de estudio, son las siguientes:

- International Journal of Nursing Studies. Índice de impacto en el año 2013: 2.248.
- Birth-Issues in Perinatal Care. Índice de impacto en el año 2013: 2.048.
- Journal of Nursing Scholarship. Índice de impacto en el año 2013: 1.772.
- Midwifery. Índice de impacto en el año 2013: 1.707.
- Journal of Family Nursing. Índice de impacto en el año 2013: 1.568.

Si bien muchas revistas españolas no disponen de ninguno de estos factores de impacto, se pueden usar alternativas como la de CUIDEN Citation⁶² que posee su propio indicador de impacto, la Repercusión Inmediata Cuiden (RIC), y que se haya con un cálculo muy similar al factor de impacto antes mencionado, siendo este el cálculo para el año 2012 el siguiente:

- Index Enfermería. Repercusión Inmediata Cuiden: 1,5686.
- Enfermería Clínica. Repercusión Inmediata Cuiden: 0,7091.

- Metas de Enfermería. Repercusión Inmediata Cuiden: 0,4487.

Teniendo en cuenta también los congresos tanto a nivel nacional como internacional, se espera poder difundir los resultados en los que a la finalización del estudio estuviesen programados. A falta de fechas concretas debido a la duración de este trabajo, se prevé que probablemente se pueda acudir a los siguientes eventos, regularmente organizados:

- Congreso de la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España), congreso de ámbito nacional que se realiza anualmente, en concreto este año los días 28-30 de mayo.
- Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia. Este congreso se celebra anualmente, celebrándose la VI edición del 15 al 28 de mayo de 2015.
- Encuentro Internacional de Investigación en Cuidados. Se convoca anualmente y del 17-20 de noviembre del 2015 celebrará la XIX edición en Cuenca.
- El Congreso Internacional Virtual Ibero Americano de Enfermería, se celebró en Madrid del 18 al 25 de marzo de 2015.
- XXXI Congreso Trienal de la ICM (International Confederation of Midwives). Este congreso de ámbito internacional se celebra cada 3 años, siendo el último hasta la fecha en Praga en el año 2014, por lo que la próxima edición se espera para el año 2017.

10. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Para la financiación de esta investigación se solicitarán las siguientes bolsas y ayudas a organismos y organizaciones a nivel nacional:

- Ayudas a la investigación Ignacio H. de Larramendi (MAPFRE)⁶³. Las ayudas están dirigidas a investigadores o equipos de investigación del ámbito académico y profesional, que deseen desarrollar programas de investigación en varios ámbitos, entre ellos la salud. Consta de 50 ayudas a la investigación. Cuantía económica 15.000€. Está prevista su difusión próximamente.
- La beca del Ministerio de educación, cultura y deporte⁶⁴. Para estudiantes matriculados en segundo ciclo de estudios universitarios, último curso de grado o primer curso de Másteres oficiales, se ofertarán becas de Colaboración con una dotación total y única para todos los beneficiarios de 2.000 euros. Está prevista su difusión a finales del mes de agosto.
- Instituto de Salud Carlos III⁶⁵: Ayudas de la Acción estratégica en Salud 2013-2016. Becas del Fondo de Investigación Sanitaria. Cuantía económica 15.000€.

11. ÁSPECTOS ÉTICO-LEGALES

Se debe informar debidamente a los sujetos que decidan participar en este estudio. Esta decisión debe ser tomada de forma consciente, libre y clara. A continuación se detallan las consideraciones éticas pertinentes a tener en cuenta para la realización de la investigación, así como los diferentes procedimientos que hemos de llevar a cabo en nuestra comunidad.

Inicialmente se realizará un diseño del estudio, que se adjuntará junto con la solicitud pertinente (ANEXO III) al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEIC); además del *currículum vitae* de la investigadora principal, los consentimientos informados (ANEXO 1A) que se utilizarán, y una descripción del escenario dónde se realizará el estudio. Una vez recibida la aprobación de este organismo, podremos acceder al escenario y comenzar con nuestro estudio.

La participación de los mismos en las sesiones es totalmente voluntaria y quedará explicitada la libertad de no contestar aquellas preguntas que no consideren pertinentes. Antes de comenzar, se le proporcionará una hoja de información al paciente (ANEXO 1). Al finalizar cada entrevista, se hará un cierre con la finalidad de despejar las dudas respecto a su participación en la investigación.

Durante la realización de este estudio se respetarán en todo momento los cuatro principios de la bioética, establecidos en la Declaración de Helsinki⁶⁶; protegiendo y garantizando los derechos de las personas incluidas en la investigación. Estos principios son: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía; además de las normas de Buena Práctica Clínica⁶⁷ y el informe Belmont⁶⁸. Además de respetarse los requisitos que establece la legislación española en el ámbito de la investigación.

El investigador de este estudio asumirá el compromiso de que todo dato recogido de los sujetos a estudio sea separado de sus datos de identificación personal, asegurando el anonimato de dichos pacientes.

Se respetará la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal⁶⁹, el convenio de Oviedo⁷⁰, la Ley 41/2002⁷¹, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como la Ley 3/2001⁷², de 28 de Mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

11.1 CONFIDENCIALIDAD

Se les asegurará a los participantes la confidencialidad de los datos recogidos, protegiendo en todo momento la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de todos ellos. Se asegurará que los datos serán divulgados en el ámbito científico y siempre bajo estricta protección de datos personales de todos y cada uno de los participantes.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Urreta Palacios ME, Durand Barreto ME. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho [tesis doctoral]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008 [consulta Diciembre de 2014]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/urreta_pm.pdf
2. La familia como agente socializador [Internet]. [Consultado Mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.xtec.cat/~mcodina3/familia/1agen.htm>
3. Familia saludable [Internet]. [Consultado Junio de 2015]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/familias.htm>
4. Crawley J, Grant J. Terapia de pareja. El yo en la relación. Madrid: Ediciones Morata; 2010.
5. El ciclo evolutivo familiar: crisis evolutivas [Internet]. [Consultado Mayo de 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/franzriveropalomino/ciclo-vital-familiar-41543614>
6. Estremero J, Gacia Bianchi X. Ciclo vital. Crisis evolutivas [Internet]. 2003 [Consultado Mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/Ciclo%20Vital.pdf>
7. Funciones de la familia [Internet]. [Consultado Mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.xtec.cat/~mcodina3/familia/4funcio.htm>
8. Sánchez Jiménez MH, Milena Valencia S. Lectura sistémica sobre familia y el patrón de la violencia. Colombia: Universidad de Caldas; 2007.
9. Ortega Veitía MT, de la Cuesta Freijomil MD, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 1999 [consulta Enero 2015]; 15(3):164-8. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03191999000300005&script=sci_arttext

10. Zaldívar Perez DF. Funcionamiento familiar saludable [Internet]. [consulta Diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf

11. Cardona JE. Salud familiar [Internet]. 2007 [Consultado Mayo de 2015]. Disponible en: <http://cambiodemodelo.blogspot.com.es/2007/11/ciclo-vital-familia.html>

12. Beraldi Salgado D, Abades Porcel M. Vínculo afectivo entre madre-hijo. Rev ROL Enferm 2014; 37(1): 18-25.

13. Olivia Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente [Internet]. 2004 [consulta Diciembre de 2014]; 4(1): 65-81. Disponible en: <http://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>

14. Estremero J, Gacia Bianchi X. Familia y ciclo vital familiar [Internet]. [Consultado Mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/files/journals/2/articles/300/submission/layout/300-1209-1-LE.pdf>

15. Gutman L. La maternidad y el encuentro con la propia sombra. Costa Rica: RBA Libros; 2008.

16. Cowan CP, Cowan PA. Interventions to ease the transition to parenthood: Why they are needed and what they can do. Family Relations [online]. 1995 [consulta Febrero de 2015]; 44(4): 412-423. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/584997?seq=1#page_scan_tab_contents

17. Quihui Andrade AL. Estrés materno y el desarrollo infantil en comunidades al sur del estado de Sonora [tesis doctoral]. México: Universidad de Sonora; 2003 [consulta Mayo de 2015]. Disponible en:

<http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/Tesis%20asesoradas/Licenciatura/36.pdf>

18. Soriano Díaz A. ¿Por qué maltratan los padres a sus hijos? Escuela y programas educativos en la educación primaria. *Bordón* [Internet] 2008 [consulta Mayo de 2015]; 60(2): 159-173. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2717076.pdf>

19. Redshaw M, Henderson J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet] 2013 [consulta Enero de 2015]; 13:70. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-13-70.pdf>

20. Doss B, Rhoades G, Stanley S, Markman H. The Effect of the Transition to Parenthood on Relationship Quality: An Eight-Year Prospective Study. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 2009 [consulta Enero de 2015]; 96(3): 601–619. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702669/pdf/nihms-100109.pdf>

21. Quintero Velásques AM. Cambios en la dinámica familiar durante la gestación y el postparto [Internet]. 1997 [consulta Enero de 2015]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16957/14688>

22. Bereczkei T, Csanaky A. Stressfull family environment, mortality and Child socialization: Life-history strategies among adolescents and adults from unfavourable social circumstances. *International Journal Behavioral Development*. 2001; 25(6): 501-508.

23. Matsueda RL, Heimer K. Race, family, structure and delinquency: A test of differential association and social control theories. *American Sociological Review*. 1987; 52: 826-840.

24. Steinberg L. Reciprocal relation between parent-child distance and pubertal maturation. *Developmental Psychology*. 1988; 23: 451-460.
25. Howes C, Eldreger R. Responses of abused, neglected, maltreated children to the behaviour of theirs peers. *Journal Developmental Psychology*. 1997; 6: 261-270.
26. Booth A, Brinkerhoff D, White C. The impact of parental divorce on courtship. *Journal of Marriage and Family*. 1984; 46: 85-94.
27. Shaver P, Hazan C. Adult romantic attachment: Theory and evidence. *Advances in Personal Relationship*. 1993; 4: 29-70.
28. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2008 [consulta Enero de 2015]; 8:30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2519055/pdf/1471-2393-8-30.pdf>
29. Lawrence E, Cobb R, Rothman A, Rothman M, Bradbury T. Marital Satisfaction Across the Transition to Parenthood. *J Fam Psychol* [Internet]. 2008 [consulta Enero de 2015]; 22(1): 41–50. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2367106/pdf/nihms46221.pdf>
30. Mitnick D, Heyman R, Smith Slep A. Changes in Relationship Satisfaction Across the Transition to Parenthood: A Meta-Analysis. *J Fam Psychol* [Internet]. 2009 [consulta Enero de 2015]; 23(6): 848–852. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2812012/pdf/nihms158621.pdf>
31. Fontana Abad M, Fernández Díaz MJ. Evaluación de la satisfacción conyugal e interacción padres-hijos en familias de la comunidad de Madrid. *INFAD Revista de Psicología* [Internet]. 2011 [consulta Mayo de 2015]; 1(2): 511-520. Disponible en:

http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen2/INFAD_010223_511-520.pdf

32. Holmes, T, Rahe R. Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research. 1967; 11: 203-18.

33. García González S, Duarte González L, Mejías Paneque MC. Afrontamiento de la familia ante el nacimiento de un hijo prematuro. NUREInv [Internet]. Marzo – Abril 2014 [consulta 19 de enero del 2015]; 11 (69). Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4740160.pdf

34. López Sáleme R et al. Condiciones biológicas, sociales y familiares asociadas al afrontamiento familiar ante el nacimiento de pretérminos en la ciudad de Cartagena – Colombia. Duazary [Internet] 2011 [consulta Enero de 2015] 8(2): 150-158. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3903139>

35. Martínez González RA. Programa Guía para el Desarrollo de Competencias Emocionales, Educativas y Parentales. [Recurso electrónico]. Oviedo: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [consulta Junio de 2015]. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/productos/pdf/programa_GuiaDesarrolloCompetencias.pdf

36. Palacios González et al. Proyecto apego sobre evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz. Parte 1 [Recurso electrónico]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [consulta Enero de 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/apego/apego1.pdf

37. Palacios González et al. Evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz [Recurso electrónico]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [consulta Abril de 2015]. Disponible en:

http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1465/6/PromocionParentalidad_2014.pdf

38. Palacios González et al. Proyecto apego sobre evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz. Parte 2 [Recurso electrónico]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [consulta Enero de 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/apego/Apego2.pdf

39. Hidalgo García MV, Menéndez Álvarez-Dardet S. Apoyo a las familias durante el proceso de transición a la maternidad y la paternidad. FAMILIA 38 [revista en Internet] 2009 [consultado Marzo de 2015] 133-152. Disponible en: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6235/Apoyo_a_las_familias.pdf?sequence=2

40. Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Esc. And. Salud Pública [serie en línea]. 2010 [consulta Febrero de 2015]. Disponible en: www.easp.es/?wpdmact=process&did=Ml5ob3RsaW5r

41. 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 [online]. 2011 [consulta Junio de 2015]; 85(2): 129-139. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1135-57272011000200002&script=sci_arttext

42. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la Promoción de la Salud. [serie en línea] 2010 [consulta Febrero de 2015]; 15 (1): 128 – 143. Disponible en:

http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15%281%29_9.pdf

43. Ruano Casado L, Merce Valls E. Estado actual de la salutogénesis en España: quince años de investigación. *Enferm. glob.* [online]. 2014 [consulta Junio de 2015]; 13(34): 384-394. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000200018&script=sci_arttext

44. Villalbí JR. Promoción de la salud basada en la evidencia. *Rev. Esp. Salud Pública* [serie en línea]. 2001 Nov [citado Febrero de 2015]; 75(6):489-490. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000600001

45. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet] 1986 [consulta Febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

46. Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: Marriner TA, Rayle-Alligood M, editores. *Modelos y teorías de enfermería*, 6° ed. España: Elsevier-Mosby; 2007.

47. Pender NJ. Conferencia Taller dirigido a profesionales de enfermería y del área de salud. *Modelo de Promoción de la Salud*; Oct 2000.

48. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *ENEO-UNAM*. [serie en línea] 2011 [citado Febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>

49. Pender N. Cuestionario del estilos de vida II [Internet] [consulta Mayo de 2015]. Disponible en: http://app1.unmc.edu/nursing/conweb/Spanish_HPLPII.pdf

50. Varela Feal N, Rodríguez Maseda E, Romero Martín M, Castro Pastor A, Fernández Cao MJ. Intervención de enfermería en el sistema familiar: Valoración. Cultura de los Cuidados [Internet] 2005 [consultado Mayo de 2015]; 17: 74-81. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/217/433>
51. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación: 2012-2014. Barcelona: Elsevier, 2013.
52. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier, 2013.
53. Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier, 2013.
54. Johnson et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Barcelona: Elsevier, 2007.
55. Sallés C, Ger S. Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. Educación Social, nº. 49 [revista en Internet] [consultado Marzo de 2015]; 25-47. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/250177/369142>
56. Martínez García L. Curso de introducción a la metodología de la investigación (II). Tipos de diseños de investigación. Centre Cochrane Iberoamericano [Internet]. 2011 [consulta Marzo de 2015]. Disponible en: http://www.cochrane.es/files/TipoDisenInvestigacion_0.pdf
57. Cobos-Carbó A, Augustovski F. Declaración CONSORT 2010: actualización de la lista de comprobación para informar ensayos clínicos aleatorizados de grupos paralelos. Med Clin (Barc) [Internet]. 2011 [consulta Marzo de 2015]; 137(5):213–215. Disponible en: [Una intervención enfermera para proteger la funcionalidad familiar tras la llegada del primer hijo](http://www.consort-</p></div><div data-bbox=)

statement.org/Media/Default/Downloads/Translations/Spanish_es/Spanish%20CONSORT%20Statement.pdf

58. Milton JS, Tsokos JO. Estadística para biología y ciencias de la salud. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2001.

59. Pita Fernández S, Pértega Díaz S. Investigación cuantitativa y cualitativa. Cad Aten Primaria, 2002. 9: 76-78.

60. Epidat 4.0 – SERGAS [Internet]. Servicio Galego de Saúde [Consultado Abril de 2015]. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T01.aspx?IdPaxina=62714

61. Orts MI, Richart M, Cabrero J. Factor de impacto en las revistas de Enfermería. Enferm Clin. [revista en Internet] 2002 [acceso Marzo 2015]; 12(6): 266-72. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/factorimpacto-las-revistas-enfermeria-13040313-originales-2002>

62. Serrano Gallardo P. Trabajo fin de grado en ciencias de la salud. Ribarroja: DAE; 2012.

63. Ayudas a la Investigación Ignacio H. de Larramendi. [Internet] España [acceso Abril 2015]. Disponible en: https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/te-interesa/beca-ayuda/ayuda-larramendi/default.jsp

64. Becas, ayudas y subvenciones. Ministerio de educación, cultura y deporte. [Internet] España [acceso Abril 2015]. Disponible en:

<https://sede.educacion.gob.es/catalogo-tramites/becas-ayudas-subvenciones/para-estudiar/grado/beca-colaboracion/beca-colaboracion-2014.html>

65. Convocatoria y ayudas de la Acción Estratégica en Salud 2015 [Internet] Instituto de Salud Carlos III 2015 [Consultado Abril de 2015]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd->

financiacion/fd-convocatorias-ayudas-accion-estrategica-salud/convocatoria-aes-2014.shtml

66. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial). [Internet] Elsevier 2003. [Consultado Marzo de 2015]. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/declaracion_helsinki.asp

67. Normas de buena práctica clínica. [Internet] 2008 [acceso Marzo de 2015]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/industria/inspeccionBPC/docs/guia-BPC_octubre-2008.pdf

68. El informe Belmont. Observatori de Bioètica i Dret parc científic de Barcelona. [Internet] [acceso Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

69. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. [Internet] 1999 [Consultado Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>

70. Instrumento de Ratificación del 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 (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina). [Internet]. Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE» núm. 251, de 20 de octubre de 1999. [Consultado Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>

71. Ley 41/2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet] 2002 [Consultado Marzo de 2015]. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l41-2002.html

72. Ley 3/2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. [Internet] 2001. [Consultado Marzo de 2015].

Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ga-l3-2001.t3.html

73. Modelos de documentos de consentimiento para estudios con recollida de datos. [Internet] [Consultado Marzo de 2015]. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=60048

74. Solicitud de avaliación polo Comité de Ética da Investigación. [Internet] [Consultado Marzo de 2015]. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=60048

75. Tapia Villanueva L et col. La evaluación del ajuste marital. Universidad del Desarrollo [revista en Internet] 2009 [Consultado Marzo de 2015]. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Luis_Tapia-Villanueva/publication/215550351_La_evaluacin_del_ajuste_marital/links/04e4ff8acb696402bdfbdb2c.pdf

76. Galende Pérez N. Contexto familiar y desarrollo de la teoría de la mente en niños/as de 5 años [tesis doctoral]. País Vasco: UPV-EHU; 2010 [consulta Mayo de 2015]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=21448>

77. Oronoz B, Alonso-Arbiol I, Balluerka N. A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema* [revista en Internet] 2007 [consulta Mayo de 2015]; 19(4): 687-692. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3417.pdf>

RELACIÓN DE ANEXOS

ANEXO I

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN⁷³

TITULO: Del ámbito de la pareja a la institución de la familia: ¿puede una intervención de enfermería promover el funcionamiento familiar efectivo, tras la llegada del primer hijo?

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Sonia Durán Sierra.

Para ponerse en contacto con las personas responsables de este estudio pueden hacerlo a través del email: [REDACTED] o en el teléfono [REDACTED].

Esta investigación se llevará a cabo de forma presencial, tanto individual como grupal, en el centro de salud del ayuntamiento de Narón. El documento que le adjuntamos tiene como objetivo poner a su disposición información sobre el estudio en el que se pretende que sea partícipe.

Para tomar la decisión de participar debe recibir información personalizada de la investigadora de este estudio, leer este documento y realizar todas aquellas preguntas que necesite para comprender en qué consistirá su participación. Puede sentirse con total libertad para pedir opinión a terceras personas.

La participación en este estudio es libre, voluntaria y puede decidir abandonarlo en cualquier momento del mismo, sin necesidad de dar explicaciones, ni teniendo ninguna repercusión de ningún tipo para su persona.

El propósito de este estudio es averiguar si una intervención enfermera puede promover un funcionamiento familiar efectivo a la llegada del primer hijo, en una muestra de mujeres y hombres que van a ser padres por primera vez.

Necesitamos su consentimiento para hacer uso de sus datos personales, para contar con su presencia en las sesiones presenciales que llevaremos a cabo, y para la realización de entrevistas personales en profundidad sobre su persona y experiencia.

No existen posibles riesgos específicos o de otro tipo, molestias o inconvenientes a los que esté expuesto por participar en el estudio.

El beneficio esperado es que se produzca una mejora de la funcionalidad familiar una vez terminado el estudio.

Al finalizar el estudio, si usted lo desea podrá asistir a una reunión en la que se le expondrán los resultados hallados. Así mismo, los resultados serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a cabo a la identificación de los participantes.

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, Vd. podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos. El equipo investigador que también tienen el deber de guardar confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos en el estudio. En caso de que alguna información sea transmitida a terceros, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, a lo exigido por la normativa de nuestro país. Al finalizar el estudio los datos de carácter personal serán destruidos.

Le agradecemos sinceramente su colaboración, quedamos a su disposición para la aclaración de cualquier tipo de dudas, se responderán las dudas en la menor brevedad posible. En Hoja adjunta encontrará el documento de Consentimiento Informado donde puede firmar la aceptación de participación en nuestro estudio.

Atentamente, Sonia Durán Sierra.

ANEXO IA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES EN ESTE ESTUDIO⁷³

Título del estudio: “Del ámbito de la pareja a la institución de la familia: ¿puede una intervención de enfermería promover el funcionamiento familiar efectivo, tras la llegada del primer hijo?”

Yo..... [Nombre y apellidos].

▪ Se me ha informado de todo lo que implica la participación en este estudio, Sonia Durán Sierra me ha informado de todo el procedimiento, ha resuelto todas mis dudas y manifiesto haber entendido toda la información sobre el mismo.

▪ Mi participación es voluntaria, soy consciente que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin necesidad de explicaciones y sin que repercuta en mi atención médica.

▪ Doy mi consentimiento para el uso de mis datos personales.

▪ Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

▪ Accedo a que mis datos y/o muestras se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, incluso para los investigadores, identificarlos por ningún medio.

Nombre y apellidos de la persona participante en el estudio.....
.....

Fecha..... Firma:

Nombre y apellidos del personal sanitario que le informa
.....

Fecha..... Firma:

ANEXO II

CRONOGRAMA

En la siguiente página se adjunta una tabla resumen a modo de cronograma con las previsiones de trabajo previstas una vez finalizado el diseño del proyecto y en la cual se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Búsqueda bibliográfica y diseño de la intervención: septiembre 2015.
- Contacto con las matronas del CS de Narón: octubre 2015.
- Petición y trámite de permisos (CEIC): octubre – diciembre 2015.
- Aplicación de la intervención y reparto de cuestionarios: enero – junio 2016.
- Contingencias: julio 2016.
- Recogida de cuestionarios: marzo – septiembre de 2016.
- Interpretación y análisis de datos: octubre de 2016.
- Publicación de los resultados a los participantes: noviembre de 2016.
- Redacción final del informe y difusión: noviembre-diciembre 2016.

El tiempo estimado desde el primer contacto con el Centro de Salud de Narón y con las matronas que allí trabajan, pasando por todas las etapas citadas anteriormente, hasta su difusión, es de 15 meses aproximadamente, teniendo en cuenta que pueden surgir variaciones en función de la trayectoria de esta investigación.

CRONOGRAMA (Anexo II)

FECHAS	2015				2016												
	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DIEMBRE	
BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y DISEÑO DEL PROYECTO	█																
CONTACTO CON LAS MATRONAS DEL CS DE NARÓN		█															
PETICIÓN Y TRÁMITE DE PERMISOS (CEIC)		█	█	█													
APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y REPARTO DE CUESTIONARIOS					█	█	█	█	█	█							
CONTINGENCIAS											█						
RECOGIDA DE CUESTIONARIOS							█	█	█	█	█	█	█				
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS														█			
PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS A LOS PARTICIPANTES															█		
REDACCIÓN FINAL DEL INFORME Y DIFUSIÓN															█	█	

ANEXO III⁷⁴

CARTA DE PRESENTACIÓN DA DOCUMENTACIÓN Á REDE DE COMITÉS DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/Dna.

Con teléfono de contacto: _____ e-correo-e: _____ @

Dirección postal:

SOLICITA a avaliación de:

- Protocolo novo de investigación
- Resposta ás aclaracións solicitadas polo Comité
- Modificación ou Ampliación a outros centros dun estudo xa aprobado polo Comité

DO ESTUDO:

Título:

Promotor:

MARCAR si procede que confirma que cumpre os requisitos para a exención de taxas segundo o art. 57 da Lei 16/2008, de 23 de decembro, de presupostos xerais da Comunidade Autónoma de Galicia para o ano 2009. DOGA de 31 de decembro de 2008)

Código do protocolo:

Versión do protocolo:

Tipo de estudo:

- Ensaio clínico con medicamentos. CEIC de Referencia:
- Investigacións clínicas con produtos sanitarios
- EPA-SP (estudo post-autorización con medicamentos seguimento prospectivo)
- Outros estudos non incluídos nas categorías anteriores

Investigador/es:

Centro/s:

Xunto achégase a documentación necesaria en base aos requisitos que figuran na web da Rede Galega de CEIs, e comprométome a ter a dispor dos participantes os documentos de consentimento informado aprobados polo comité en galego e castelán.

En _____, a _____ de _____ de _____ Asdo.:

ANEXO IV

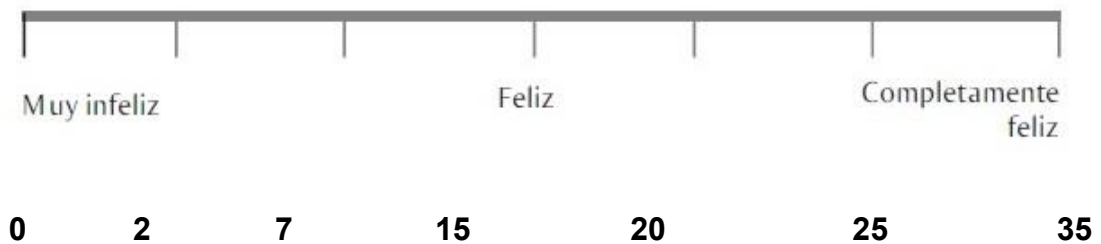
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Base de Datos	Fecha	Estrategia de Búsqueda	Límites	Resultados
PubMed	22/12/2014	✓ ("Family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields]) AND functioning [All Fields]).	2004 – 2014, en revistas de enfermería y en humanos	✓ 349
		✓ ("Parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[All Fields] OR "birth"[All Fields]) AND ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields]) AND functioning [All Fields]).		✓ 262
Scielo	23/12/2014	✓ "Funcionalidad familiar".	-----	✓ 87
Enfispo	23/12/2014	✓ "Funcionalidad familiar".	-----	✓ 0
Cuiden	23/12/2014	✓ "Funcionalidad familiar".	-----	✓ 2
Dialnet	23/12/2014	✓ "Funcionalidad familiar".	Ciencias de la salud.	✓ 253
APA PsycNET	24/12/2014	✓ (Family) AND (functioning).	2004 – 2014, sólo título	✓ 53
		✓ "Family coping".		✓ 386
Cinahl	04/01/2015	✓ (MH "Family Functioning/PF/PC/MA").	2005 - 2015	✓ 29
Scopus	07/01/2015	✓ "Famil* function*" AND birth.	2005 - 2015	✓ 122
Lilacs	09/01/2015	✓ "Famil* function*" AND birth.	2004 - 2015	✓ 140
Dialnet	14/01/2015	✓ "Afrontamiento familiar".	-----	✓ 189
		✓ "Afrontamiento y nacimiento".		✓ 42
		✓ "Afrontamiento y embarazo".		✓ 37
Google Scholar	30/01/2015	✓ "Family functioning and birth".	2004 - 2014	✓ 33100
		✓ "Family functioning and pregnancy".		✓ 1530
		✓ "Family functioning and puerperium".		✓ 4670

ANEXO V

TEST DE AJUSTE MARITAL LOCKE – WALLACE (LWMAT)⁷⁵

1. Muestre en la escala el punto que mejor describe el grado de felicidad, considerando todos los aspectos, de su actual relación de pareja. El punto del medio "feliz", representa el grado de felicidad que la mayoría de las personas tienen en su matrimonio y la escala gradualmente va desde los que están muy infelices hasta los pocos que experimentan una extrema felicidad.



Diga el estado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre Ud. y su pareja en los siguientes ítems:

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	Ocasional acuerdo	Frecuente desacuerdo	Casi siempre desacuerdo	Siempre en desacuerdo
2. Manejo de las finanzas familiares	5	4	3	2	1	0
3. Actividades recreativas	5	4	3	2	1	0
4. Demostraciones de afecto	8	6	4	2	1	0
5. Amistades	5	4	3	2	1	0
6. Relaciones sexuales	15	12	9	4	1	0
7. Convencionalismos (conductas adecuadas o correctas)	5	4	3	2	1	0
8. Filosofía de vida	5	4	3	2	1	0
9. Formas de tratar con la familia del otro	5	4	3	2	1	0

Marque sólo una alternativa:

10. Cuando surge un desacuerdo, en general terminan en que:

a) Cede el hombre ___ **0**

b) Cede la mujer ___ **2**

c) Ceden ambos ___ **10**

11. ¿Ud. y su pareja tienen intereses en común?

a) Todos ___ **10**

b) Algunos ___ **8**

c) Muy pocos ___ **3**

d) Ninguno ___ **0**

12. En sus tiempos de ocio Ud. generalmente prefiere:

a) Salir ___

b) Quedarse en casa ___

Su pareja generalmente prefiere:

a) Salir ___

b) Quedarse en casa ___ (Ambos salir **3**, ambos estar en casa **10**, desacuerdo **2**)

13. ¿Alguna vez ha deseado no haberse casado (o convivido)? :

a) Frecuentemente ___ **0**

b) Ocasionalmente ___ **3**

c) Rara vez ___ **8**

d) Nunca ___ **15**

14. Si Ud. volviera a vivir, piensa que:

- a) Se casaría (o conviviría) con la misma persona___ **15**
- b) Se casaría (o conviviría) con una persona diferente___ **0**
- c) No se casaría (o no conviviría)___ **1**

15. ¿Confía Ud. en su pareja?:

- a) Casi nunca___ **0**
- b) Rara vez___ **2**
- c) En la mayoría de las cosas___ **10**
- d) En todo___ **10**

Consideraciones respecto de la corrección

Se deben sumar los ítems según pauta adjunta. El punto de corte de la LWMAT es de 94 puntos. Esto es las personas que están bajo este punto de corte pertenecen a la población disfuncional en términos de Ajuste marital (AM) y las personas que están sobre este puntaje pertenecen a la población funcional en su funcionamiento de pareja.

ANEXO VI

TEST DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL⁹

Consigna: a continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

<u>Situaciones</u>	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					

9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Consideraciones respecto de la corrección

Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

No. de Situaciones Variables que mide

1 y 8 Cohesión

2 y 13 Armonía

5 y 1 Comunicación

7 y 12 Permeabilidad

4 y 14 Afectividad

3 y 9 Roles

6 y 10 Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa Escala Cuantitativa

Casi nunca1 pto.

Pocas veces2 ptos.

A veces3 ptos.

Muchas veces4 ptos.

Casi siempre5 ptos.

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

De 70 a 57 ptos. Familia funcional

De 56 a 43 ptos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 ptos. Familia disfuncional

De 27 a 14 ptos. Familia severamente disfuncional

ANEXO VII

ESCALA DE ESTRÉS PARENTAL (PSS)^{76,77}

Instrucciones: Las siguientes frases describen sentimientos y percepciones acerca de la experiencia de ser padre/madre. Piensa sobre cada uno de los ítems en términos de cómo es tu relación con tu hijo/s. Por favor, indica el grado de acuerdo o desacuerdo con los siguientes ítems, poniendo el número correspondiente sobre el espacio que se ofrece para responder.

1 → Muy en desacuerdo

2 → En desacuerdo

3 → Indeciso

4 → De acuerdo

5 → Muy de acuerdo

___ 1. Soy feliz como padre/madre.

___ 2. Hay poco (o nada) que no haría por mis hijos/as si fuera necesario.

___ 3. A veces cuidar de mi hijo/s me supone más tiempo y energía de la que tengo.

___ 4. A veces me preocupa si estoy haciendo lo suficiente por mi hijo/s.

___ 5. Me siento unido/a a mi hijo/s.

___ 6. Disfruto dedicándole tiempo a mi hijo/s.

___ 7. Mi hijo/s es una fuente importante de afecto para mí.

___ 8. Tener un hijo/s me da una visión más tranquila y optimista del futuro.

___ 9. La mayor fuente de estrés en mi vida es mi hijo/s.

___ 10. Tener un hijo/s me quita tiempo y disponibilidad en mi vida.

___ 11. Tener un hijo/s ha sido una carga económica.

___ 12. El tener hijos me hace difícil compaginar distintas obligaciones.

- ___ 13. La conducta de mi hijo/a es a menudo molesta o estresante para mí.
- ___ 14. Si pudiera volver atrás, decidiría no tener hijo/s.
- ___ 15. Me siento abrumado/a por la responsabilidad de ser padre/madre.
- ___ 16. Tener un hijo/s ha supuesto tener pocas oportunidades y poco control sobre mi vida.
- ___ 17. Estoy satisfecho/a como padre/madre.
- ___ 18. Mi hijo/s me parece encantador.

Instrucciones de puntuación: Sumar la puntuación de los ítems, después de haber invertido los siguientes: 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17 y 18. Puntuaciones altas en esta escala se identifican con niveles elevados de estrés parental.