



Parentalidad Positiva:
Ganar Salud
y Bienestar
de 0 a 3 Años

***INFORME DE RESULTADOS DEL
PLAN DE DINAMIZACIÓN EN CENTROS DE
SALUD DE TENERIFE Y GRAN CANARIA***

Enrique Callejas

Sonia Byrne

María José Rodrigo

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Agradecemos al Área de Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social su interés y su impulso en la promoción de esta iniciativa. Igualmente, queremos expresar nuestra gratitud a la Dirección General de Salud Pública, y al Servicio de promoción de la Salud, del Servicio Canario de la Salud del Gobierno de Canarias por haber apoyado decididamente la puesta en marcha y realización de esta acción. Gracias también a la Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud del Gobierno de Canarias, a la Red de Atención Primaria, a las Gerencias de Atención Primaria del Área de Tenerife y del Área de Gran Canaria y, en concreto a sus coordinadoras del Área de Trabajo Social por su labor organizativa durante todo el proceso. Asimismo, agradecemos a las Direcciones de las Zonas Básicas de Salud su interés por participar en el estudio. Por último, queremos agradecer el interés y dedicación demostrado por los/as profesionales y la participación de las familias en esta primera experiencia.

San Cristóbal de La Laguna, a 15 de octubre de 2018

ÍNDICE

1. Justificación de la acción.....	3
2. La dinamización del curso “Parentalidad Positiva: Ganar Salud y Bienestar de 0 a 3 años”	4
3. Objetivos.....	5
4. Diseño del Plan de Dinamización.....	5
5. Selección de los Centros de Salud.....	7
6. Participantes.....	8
7. Procedimiento.....	9
7.1. Preparación	9
7.2. Formación	10
7.3. Implementación	11
8. Resultados.....	12
8.1. Acciones de promoción de la salud de los centros	12
8.2. Participación	13
8.3. Impacto de los niveles de dinamización	15
8.3.1. Resultados sobre el uso del curso online GSB.....	15
8.3.2. Resultados en las familias	16
8.3.3. Resultados en los profesionales	19
8.4. La experiencia desde el punto de vista de los profesionales.....	20
9. Conclusiones.....	25
9.1. Consecución de los objetivos.....	25
9.2. Recomendaciones a partir de la experiencia.....	26
9.3. Perspectivas de futuro	27
10. Referencias	29

1. Justificación de la acción

La promoción del desarrollo en los primeros años de vida es clave para la salud y el bienestar infantil. Durante esta etapa la estructura y funciones del cerebro sufren cambios importantes debidos al ambiente prenatal, perinatal y posnatal de crianza que moldean dicho desarrollo (Shonkoff & Fisher, 2013). Debido a la alta plasticidad cerebral, las experiencias positivas que proporcionan los adultos del entorno familiar son factores de protección que promueven la salud y el bienestar emocional de los niños y niñas (Guralnick, 2013). Sin embargo, la tarea parental no debe ser una responsabilidad exclusiva de la familia, sino que se deben potenciar las fortalezas y los recursos que ésta posee mediante la corresponsabilidad de la sociedad y el ofrecimiento del apoyo necesario (Rodrigo, Byrne, y Álvarez, 2017). De hecho, es necesario llevar a cabo políticas de salud públicas que tengan como una de sus líneas prioritarias el apoyo a las figuras parentales, dado su papel crucial en el desarrollo infantil en esta primera etapa (Daly et al., 2015). Dichas políticas coinciden con la Recomendación del Consejo de Europa sobre Políticas de Apoyo a la Parentalidad Positiva (Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2006) que sitúa el foco preventivo del bienestar infantil en el desarrollo de relaciones positivas entre las figuras parentales y los niños y niñas, considerando que este es el mejor modo de proteger y preservar sus derechos, así como de promover su bienestar y desarrollo integral.

Acorde con esta política europea, en España el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (actual Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; MSCBS) a través de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (2013) ha señalado el bienestar emocional en la primera infancia como área principal de promoción de la salud en esta etapa. En una de las acciones propuestas, el Área de Promoción de la Salud del Ministerio ha subvencionado el curso “Parentalidad Positiva: Ganar Salud y Bienestar de 0 a 3 años” (en adelante GSB), en su versión online y presencial, encargando su diseño y elaboración a un equipo de investigación de la Universidad de la Laguna (Rodrigo et al., 2017).

En la Comunidad Autónoma de Canarias, la Dirección General de Salud Pública ha incorporado el apoyo parental en los Centros de Salud mediante el curso GSB como parte de la Estrategia Canaria de Promoción de la Salud “Islas y Municipios Promotores de la Salud” (2017). En ésta, la colaboración entre los Cabildos y los Ayuntamientos juegan un papel protagonista en la promoción de la salud. El curso GSB se integra muy bien dentro del Plan de Salud de Canarias (2016) ya que éste establece el apoyo parental y la promoción de hábitos de buena crianza como una de sus líneas de actuación en la Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, específicamente durante el embarazo y la primera infancia.

Por su parte, el Programa de Salud Infantil, en su última actualización en 2010, explicita el componente emocional que está presente en áreas claves del desarrollo como la alimentación y el sueño. Igualmente, recoge la importancia del juego como motor de desarrollo. En este sentido, las figuras parentales son clave como agentes promotores del bienestar y el desarrollo a través del apego y vinculación emocional y el desarrollo de rutinas saludables. No obstante, resulta necesario que dichas figuras parentales tengan acceso a recursos de apoyo tales como el curso GSB para afrontar la etapa de transición que supone el inicio de la parentalidad.

2. La dinamización del curso “Parentalidad Positiva: Ganar Salud y Bienestar de 0 a 3 años”

El curso GSB está dirigido a madres, padres u otras figuras parentales cuyos hijos e hijas tengan una edad entre 0 y 3 años, al ser los principales agentes de socialización y constituir el contexto primario de promoción del desarrollo, salud y bienestar infantil. Su estructura de contenidos consta de cuatro módulos que recogen actividades relativas al establecimiento del vínculo afectivo sano y protector, la alimentación, la actividad física y el juego, y el sueño. Sigue una metodología experiencial basada en la presentación de situaciones de la vida diaria, mediante viñetas y video clips, donde se pueden observar actitudes y comportamientos parentales que pueden ser favorecedores u obstaculizadores del desarrollo sano.

Como estrategia de prevención universal y selectiva, el programa cuenta con dos versiones: una online, dirigida a la población general, y otra presencial dirigida a población vulnerable, constituida por aquellas figuras parentales que tengan dificultad para seguir el curso online y requieran una interacción presencial y un mayor seguimiento. Desde enero de 2017, la versión online del programa está disponible en la plataforma <http://aulaparentalidad-msssi.com>. En cuanto a la difusión, se encuentra publicitado en plataformas como “Familias en Positivo” (web del MSCBS y de la FEMP). En este tiempo, han accedido al curso online alrededor de 5000 personas de todo el territorio nacional.

El Área de Promoción de la Salud del MSCBS sabedora de que la Comunidad Autónoma de Canarias iba a pilotar un *plan de dinamización* del uso de la versión online del GSB durante el curso 2017/2018, ha apoyado dicha iniciativa desde sus comienzos. El plan de dinamización resulta necesario ya que uno de los principales retos que plantean las iniciativas de *e-parenting* (formación de padres mediante el uso de las TIC en portales, plataformas digitales y páginas web) es conseguir que accedan a dichas iniciativas la mayor cantidad posible de familias, de modo que cumpla su función de prevención universal. Este acceso universal no se suele dar espontáneamente ya que no todas las familias son conocedoras de tales sitios web ni cuentan con las estrategias o apoyos necesarios para acceder a los mismos.

Para el diseño del plan de dinamización de la versión online del curso GSB, la Dirección General de Salud del Gobierno de Canarias ha colaborado con el equipo de la Dra. Rodrigo de la Universidad de La Laguna para que lleve a cabo este trabajo, inscrito en el marco de la dirección de una tesis doctoral. En este sentido, durante este año el equipo ha evaluado también la versión online con 4.639 participantes de toda España y un alto grado de satisfacción tanto de familias como de profesionales (Callejas, Byrne y Rodrigo, 2018).

El diseño contempla un plan de dinamización para el curso GSB que contiene tres niveles progresivos, cada uno de los cuales incluye las acciones del anterior. En dichos niveles se implica progresivamente a los profesionales de los centros para promover el uso del curso online por parte de las familias y complementarlo a través de acciones presenciales. A continuación, se describe el plan de dinamización.

Nivel 1: Difusión

- Presentación a los profesionales del Centro de Salud/Consultorio Local del curso online GSB.
- Colocación de cartelería en el Centro de Salud/Consultorio Local promocionando el curso online.
- Entrega a las familias de documentos informativos (trípticos) sobre el curso online por parte de los profesionales.

Nivel 2: Difusión y Apoyo grupal

- Formación a los profesionales sobre el contenido del curso online y promover la realización del curso online para profesionales para llevar a cabo la versión presencial del curso GSB.
- Edición de sesiones quincenales del “*Espacio de encuentro*” con las familias que hayan cursado o estén cursando la versión online para el intercambio de ideas y prácticas y la consulta de dudas o problemas.

Nivel 3: Difusión, Apoyo grupal y Apoyo individual

- Seguimiento del curso online y apoyo individual durante las *consultas pediátricas*: dedicación de un tiempo en las consultas para conocer más sobre el punto de vista de la familia, resolver posibles dudas relativas al curso, fomentar el uso de este y detectar algún indicio de riesgo para el niño/a en la familia.
- Entrega de material formativo extra a las familias consistente en trípticos con información sobre educación y desarrollo, así como sobre actividades de estimulación adecuadas a diferentes edades, todo ello durante las consultas.

3. Objetivos

El objetivo general del Plan de dinamización de GSB es contribuir a la práctica preventiva en los centros de atención primaria de modo que permita el establecimiento de una protección temprana para la infancia de 0-3 años que cubra tanto la población general como la vulnerable.

Los objetivos específicos son:

- a) Establecer planes de dinamización en los Centros de Salud que impliquen a los profesionales de los centros para promover el uso del curso online GSB por parte de las familias.
- b) Proporcionar evidencia para seleccionar la mejor forma de dinamización del uso del curso online de modo que favorezca tanto a las familias como a los/as profesionales.
- c) Analizar las condiciones de implementación del plan de dinamización y proponer mejoras que se ajusten a la realidad de cada zona.
- d) Explorar las acciones de promoción de la salud y apoyo parental que se desarrollan actualmente en Atención Primaria de modo que se integre mejor la experiencia actual.

4. Diseño del Plan de Dinamización

Para el diseño del estudio se tomaron datos descriptivos de los centros de salud, de sus profesionales y de las familias (figuras parentales).

Centro de Salud

Se recogieron datos como las ratios profesional/pacientes, dotación de recursos, desarrollo de actividades promoción de la salud con la infancia y la familia y desarrollo de actividades promoción de la salud en contexto comunitario. De este modo, se puede valorar la pertinencia y la idoneidad de introducir nuevas acciones de apoyo parental que den cobertura a necesidades que hasta el momento no se habían cubierto de forma específica. Asimismo, permite la integración del programa en la red de acciones ya existente.

Perfil del profesional y dimensiones estudiadas

Se caracterizó el perfil de los/as profesionales que participaron (formación y experiencia). Asimismo, se registró su satisfacción con el trabajo, su actitud hacia la innovación y su actitud hacia el trabajo con familias antes y después de realizar las acciones para evaluar el impacto que éstas tuvieron sobre su desarrollo profesional. En este sentido, la literatura científica ha reportado los potenciales beneficios que tiene sobre los propios facilitadores de los programas la participación en este tipo de acciones. En este caso, se puede considerar el programa como una nueva oportunidad para desarrollar una relación de colaboración con las familias en un nuevo contexto positivo, el espacio grupal, que puede contribuir a una mejora en la actitud hacia el trabajo con la familia por parte de los técnicos.

Perfil de las figuras parentales y dimensiones estudiadas

En cuanto a las figuras parentales, se recogió su perfil sociodemográfico. Además, en línea con los objetivos del programa y del estudio, se evaluó el impacto del programa en las siguientes áreas: hábitos de vida de salud de las figuras parentales, autorregulación parental, actividades cotidianas promotoras de la salud, satisfacción con la vida familiar y satisfacción con el servicio.

Satisfacción con las actividades realizadas (familias y profesionales)

Por último, aunque el programa parte de los principios teóricos del modelo experiencial, que ha mostrado su efectividad tanto en formato online como en formato presencial (Rodrigo, Máiquez, Martín, Byrne, & Rodríguez, 2015; Suárez, Rodríguez, & Rodrigo, 2016), se evalúa de forma específica los “Espacios de encuentro” para poder mejorar ediciones posteriores (actualizaciones de contenido, ajuste de dificultad de actividades, etc). Por ello, se administró una encuesta final a las familias acerca de su experiencia en dichos espacios y se organizaron entrevistas grupales con los/as profesionales para valorar el conjunto de la experiencia.

A continuación, se describe el diseño, especificando el momento de medida, las dimensiones analizadas, los instrumentos de evaluación empleados y el informante (ver Tabla 1). Por limitaciones de espacio se han seleccionado para su análisis aquellas variables más relevantes para los objetivos del presente informe.

Tabla 1. *Diseño del estudio del plan de dinamización del curso online GSB.*

Momento de medida	Dimensión	Instrumento	Informante
Inicial	Características del centro de salud	Cuestionario <i>ad hoc</i>	Director/a del centro
	Perfil sociodemográfico y profesional	Perfil <i>ad hoc</i>	Profesionales
	Perfil sociodemográfico y salud familiar	Perfil <i>ad hoc</i> (adaptación de Encuesta Canaria de Salud)	Padres y madres u otras figuras parentales
	Actitud hacia la innovación	Cuestionario EBPAS (Aarons, 2004)	Profesionales
Pretest/posttest	Actitud del profesional hacia el trabajo con las familias	Cuestionario FINC-NA (Benzein, Johansson, Årestedt y Saveman, 2008) (versión adaptada a visitas pediátricas)	Profesionales
	Autorregulación parental	Cuestionario Me as a parent (Maap) (Hamilton, Matthews y Crawford, 2015)	Padres y madres u otras figuras parentales
	Satisfacción familiar con el servicio	Adaptación del cuestionario Family Feedback on Child Welfare Services (SSATIF) (Ayala-Nunes et al., 2018)	Padres y madres u otras figuras parentales
	Satisfacción del profesional con el servicio	Cuestionario <i>ad hoc</i>	Profesionales
Final	Impacto de la experiencia en el desarrollo profesional y colaboración con el servicio	Cuestionario de evaluación del desarrollo profesional del mediador (Byrne, 2011)	Profesionales
	Percepción de la experiencia y su valoración.	Guion de entrevista grupal	Profesionales

5. Selección de los Centros de Salud

Con el objetivo de garantizar la representatividad de los centros seleccionados, se diseñó la selección de los Centros de Salud con servicio de pediatría partiendo de un muestreo aleatorio estratificado para lograr una representación proporcional de todas las zonas geográficas de la isla de Tenerife y la de Gran Canaria. Para ello, se consideró como criterio de estratificación la población del municipio al que se encontraba adscrito cada centro de salud, dando lugar a tres estratos: urbano, periférico y rural.

Aunque no existe una acepción única para el término “ruralidad”, se propuso considerar entornos rurales aquellos cuya población se encuentra por debajo de 10.000 habitantes y cuya densidad se sitúa por debajo de los 20 hab./Km². Asimismo, atendiendo a la distribución de la población en los municipios de la isla de Tenerife y de Gran Canaria, se estableció un segundo punto de corte en 80.000 habitantes para la distinción entre periférico y urbano, dando lugar a tres estratos:

- *Estrato A: urbano*. Constituido por los municipios de más de 80.000 habitantes.

- *Estrato B: periférico.* Formado por los municipios que cuenten con una población entre 10.000 y 80.000 habitantes.
- *Estrato C: rural.* Constituido por los municipios de menos de 10.000 habitantes.

Además, se desarrolló un procedimiento de afijación proporcional atendiendo los siguientes criterios: 1) distribución geográfica norte/sur de los municipios de cada isla; 2) Población adscrita a las Zonas Básicas de Salud; 3) Población de 0 a 3 años adscrita a las Zonas Básicas de Salud.

De acuerdo con estas indicaciones, la Gerencia de Atención Primaria de cada área elaboró una lista de posibles centros conformados por tres urbanos, tres periféricos y seis rurales, incluyendo alguno en reserva. Una vez constituidas las listas de centros candidatos, se informó a sus direcciones del estudio que, a su vez, trasladaron la información a sus equipos de pediatría y se registró la voluntariedad de cada centro y de cada profesional para participar en el estudio. Después, se realizó una asignación aleatoria de los centros a cada nivel dinamización para cumplir con las garantías de un estudio de asignación al azar (RCT) de comparación de grupos.

El listado final de centros se recoge en la Tabla 2. En la isla de Tenerife, se produjo la baja al comienzo del estudio de un centro urbano, uno periférico y dos rurales. En la isla de Gran Canaria, se dio de baja un centro periférico al comienzo del estudio.

Tabla 2. *Centros de Salud participantes.*

Área de Tenerife	Área de Gran Canaria
• Centro de Salud Gladiolos	• Centro de Salud Agaete
• Centro de Salud Guía de Isora	• Centro de Salud Arucas
• Centro de Salud La Laguna-Mercedes	• Centro de Salud El Calero
• Centro de Salud Stgo. Teide/Tamaimo	• Centro de Salud El Puerto
• Centro de Salud Tacoronte	• Centro de Salud Firgas
• Consultorio Local Arafo/Fasnia	• Centro de Salud Gáldar
• Consultorio Local Playa San Juan	• Centro de Salud Guanarteme
• Consultorio Local San Isidro	• Centro de Salud Mogán
	• Centro de Salud Moya
	• Centro de Salud Remudas
	• Centro de Salud Santa María de Guía
	• Centro de Salud Schamann

6. Participantes

En el estudio participaron 10 centros de la isla de Tenerife y 12 centros de la isla de Gran Canaria. En total, 65 profesionales desarrollaron las acciones de difusión y dinamización, dando cobertura a 170 figuras parentales participantes, de las cuales finalmente se analizaron los resultados de 80 de ellas por haber cumplimentado todos los cuestionarios pretest-posttest.

A continuación, se detallan las características sociodemográficas de las figuras parentales y el perfil de los/as profesionales (ver Tablas 3 y 4 respectivamente). Como promedio puede apreciarse que la gran mayoría son madres jóvenes primerizas con niños/as en similar proporción y de menos de un año, que viven en familias

biparentales, repartidas en zonas de residencia sobre todo urbanas y periféricas, con nivel de estudios de formación profesional y universitarios y en situación laboral activa. En cuanto a los/as profesionales, son mayoritariamente mujeres, de mediana edad con categoría profesional de médica/pediatra o enfermera pediátrica.

Tabla 3. *Perfil sociodemográfico de las familias (N = 170).*

Perfil familiar	M (DT) / %
Género de la figura parental (madre)	84.8
Género del hijo/a (niña)	43.3
Edad del adulto (en años)	33.68 (5.98)
Edad del niño/a (en meses)	10.31 (7.97)
Familias primerizas	68.9
Estructura parental. Biparental	88.4
Zona de residencia:	
Urbana	45.7
Periférica	36.0
Rural	18.3
Nivel educativo:	
Sin estudios/Estudios Secundarios	23.8
Formación profesional	29.9
Estudios universitarios	46.3
Situación laboral (activo)	69.5

Tabla 4. *Perfil de los/as profesionales (N = 65).*

Perfil profesional	M (DT) / %
Género del profesional (mujer)	87.7
Edad del profesional (en años)	44.9 (8.26)
Categoría profesional	
Médico/a pediatra	36.9
Enfermero/a pediátrico/a	52.3
Enfermero/a matrn	3.1
Trabajador/a social	7.7

7. Procedimiento

7.1. Preparación

Para el desarrollo de la implementación y la evaluación fue imprescindible contar con el permiso y la colaboración del Servicio Canario de Salud. En este sentido, el equipo de investigación concertó reuniones previas con diferentes áreas del Servicio Canario de la Salud, tales como la Dirección General de Salud Pública, el Servicio de Promoción de la Salud, la Dirección General de Programas Asistenciales, las Gerencias de Atención Primaria de las áreas de Tenerife y Gran Canaria, y entre los meses de marzo y diciembre de 2017. Las sesiones entre el equipo de investigación y el Servicio Canario

de Salud realizadas en ambas islas tuvieron por objetivo realizar un primer análisis del contexto. Estos encuentros resultaron muy beneficiosos por los siguientes motivos:

- Dieron lugar a un proceso colaborativo en la planificación tanto de la implementación del curso como de su propia evaluación.
- Permitieron desarrollar un diseño realista que considerara los recursos del servicio.
- Sirvieron para ajustar los objetivos del curso a las necesidades del servicio.
- Favorecieron la integración del curso y su dinamización en la red de acciones que ya se están desarrollando.
- Fortalecieron el apoyo institucional del curso y de la evaluación.

Del mismo modo, se desarrolló un contacto continuado con el Área de Promoción de la Salud de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública del actual Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. En la Figura 1, se presenta el esquema de colaboración de los agentes implicados en el estudio. Una vez diseñado también fue presentado al Comité de Ética y Bienestar Animal de la ULL, aprobado con fecha 27 de noviembre de 2017 (CEIBA2017-0258).

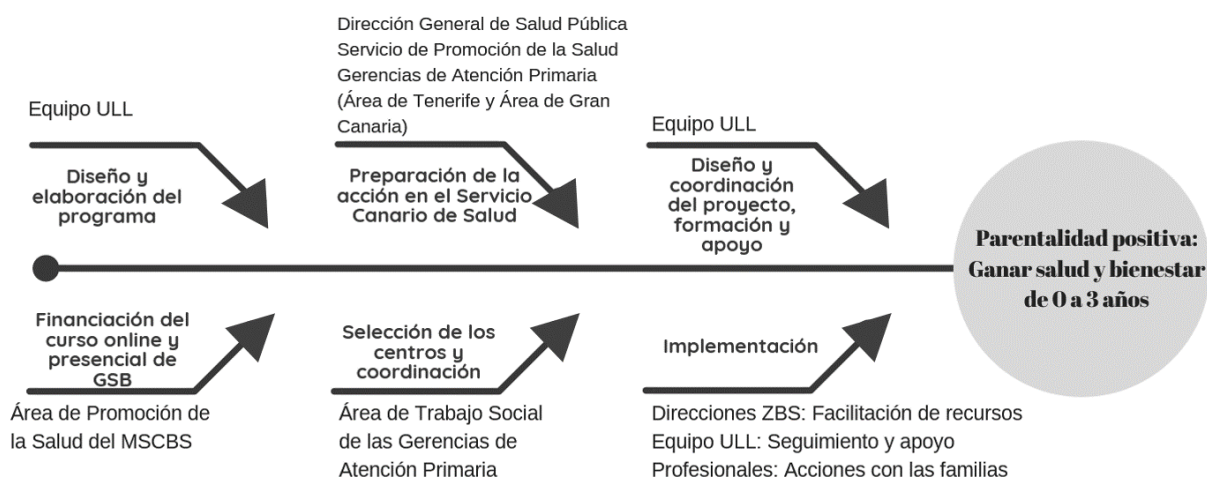


Figura 1. *Esquema de colaboración.*

7.2. Formación

Para la capacitación de los/as profesionales, se desarrolló un curso de formación en ambas islas de 6 horas cada uno. La formación en la isla de Tenerife tuvo lugar los días 20 y 22 de febrero de 2018 en las dependencias de la Gerencia de Atención Primaria. Acudieron un total de 57 profesionales de atención primaria (pediatras, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y matrones/as). La formación en la isla de Gran Canaria tuvo lugar los días 20 y 23 de marzo de 2018 en su Gerencia de Atención Primaria y asistieron un total de 37 profesionales del Servicio Canario de Salud y un técnico del Área de Promoción de la Salud (MSCBS).

Los contenidos de la formación fueron los siguientes:

- Módulo 1: Presentación del plan de dinamización del curso GSB para figuras parentales en el ámbito sanitario.

- Módulo 2: Contenidos del curso online GSB para familias.
- Módulo 3: Formación para el desarrollo de acciones grupales de apoyo y la dinamización de los “Espacios de encuentro”.
- Módulo 4: Formación para el desarrollo de acciones individuales de apoyo en el contexto de la consulta pediátrica.

Además de las sesiones presenciales, los/as profesionales tuvieron acceso al curso online GSB y al aula virtual de la capacitación para el desarrollo de actividades presenciales grupales.

7.3. Implementación

Tras la formación, el equipo de investigación de la ULL concertó reuniones con las direcciones de las Zonas Básicas de Salud con el objetivo de completar la evaluación del contexto y resolver cualquier duda sobre el plan de dinamización. Estas reuniones se llevaron a cabo en cada Centro de Salud y tuvieron una duración aproximada de una hora.

Entre los meses de marzo y junio de 2018 se desarrollaron las acciones con las familias. Durante este tiempo, los/as profesionales contaron con el apoyo continuo del equipo de investigación de la ULL para resolver las dudas que surgieron durante el proceso. Este apoyo se realizó a través de visitas presenciales, correo electrónico y llamadas telefónicas. Además, se habilitó un espacio virtual ULL-GoogleDrive donde los/as profesionales podían acceder a todo el material necesario para desarrollar las acciones.

Todos los cuestionarios contaban con un consentimiento informado que debía firmar cada participante y del cual recibían una copia. La aplicación de los cuestionarios a los/as profesionales se llevó a cabo a través de cuestionarios online programados en la plataforma ULL-GoogleForms. Por su parte, las figuras parentales de los niveles 2 y 3 completaron los cuestionarios en papel e introdujeron éstos en un sobre individual cerrado para garantizar su confidencialidad. Las figuras parentales de los centros del nivel 1, al no contar con actividades presenciales y con el objetivo de interferir lo menos posible en la dinámica de las consultas pediátricas, completaron sus cuestionarios de manera telemática a través de la misma plataforma que los/as profesionales.

Por último, durante el mes de julio, se convocaron entrevistas grupales con los/as profesionales de los niveles 2 y 3 con el objetivo de recoger su visión e implementar las mejoras sobre el diseño y el desarrollo del curso y de las sesiones presenciales con las familias. A continuación, se presenta el cronograma seguido (ver Tabla 5).

Tabla 5. *Cronograma de la implementación del Plan de dinamización.*

Fase	2018						
	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.
Selección de centros							

Dinamización Centros Nivel 1: Charlas y seguimiento			
Dinamización Centros Nivel 2: Capacitación			
Dinamización Centros Nivel 2: Apoyo grupal			
Dinamización Centros Nivel 3: Capacitación			
Dinamización Centros Nivel 3: Apoyo grupal e individual			

8. Resultados

Para responder a los objetivos planteados, se han organizado los resultados en el siguiente orden. Primero, se presentan los datos del contexto en el que se enmarca el curso GSB, esto es, las acciones de promoción de la salud llevadas a cabo en cada Centro de Salud. Después, se exponen los datos de participación tanto del profesional como de las familias, con el fin de ilustrar su grado de participación en dichas actividades. Segundo, se recogen los resultados de los niveles de dinamización del curso en las figuras parentales en relación con la autorregulación parental y actividades educativas cotidianas. Tercero, se presentan los resultados de los niveles de dinamización relativos al impacto en el desarrollo profesional. Por último, se describe la experiencia de participación en el estudio desde el punto de vista de los/as profesionales.

8.1. Acciones de promoción de la salud de los centros

Los centros participantes reflejaron los siguientes datos relacionados con las acciones de promoción de la salud dirigidas a la infancia y a la familia que se desarrollaban en ese momento. La mayoría de los centros realizaban grupos de educación maternal y grupos de lactancia materna y actividades en colegios e institutos. Sin embargo, solo un 50% desarrollaba actividades de apoyo familiar. A continuación, se detallan el porcentaje de centros que desarrollaban dichas acciones atendiendo a los estratos urbano, periférico y rural en la isla de Gran Canaria y Tenerife (ver Figuras 2 y 3 respetivamente). Se consideraron únicamente acciones que se desarrollaran de forma regular (al menos una edición al año).

En la isla de Gran Canaria, se observan diferencias en función de los estratos, teniendo menor frecuencia las actividades de promoción de la salud en el estrato urbano respecto al periférico y rural en las actividades de educación maternal y apoyo a la lactancia. En la actividad en los colegios solo destacó por su mayor frecuencia el estrato periférico y en la actividad de apoyo parental se registraron niveles similares entre urbano y periférico y menores en el estrato rural.

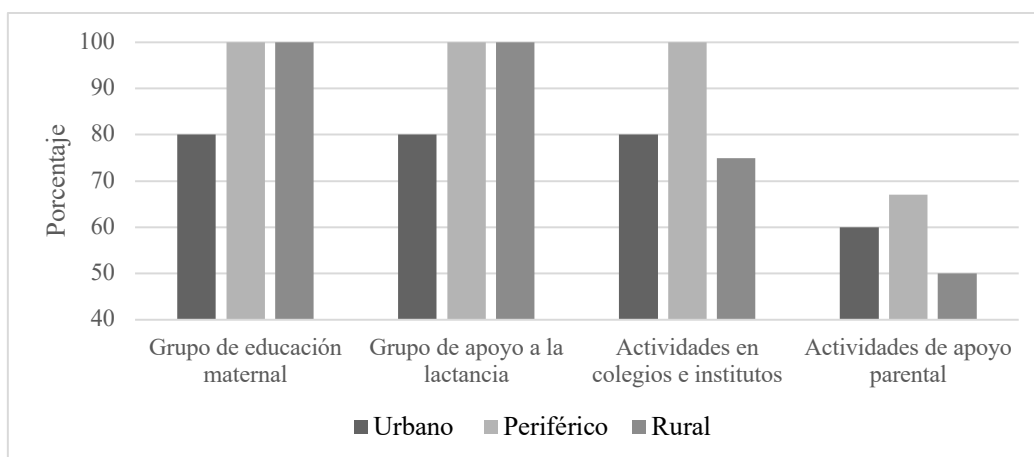


Figura 2. Porcentaje de Centros de Salud seleccionados que realizan actividades de promoción de la salud en la isla de Gran Canaria según estratos de población.

En cuanto a la isla de Tenerife, no se observaron diferencias en función de los estratos poblacionales, excepto en las actividades de apoyo parental en las que los centros rurales realizaban más actividades, en relación con los periféricos y los urbanos.

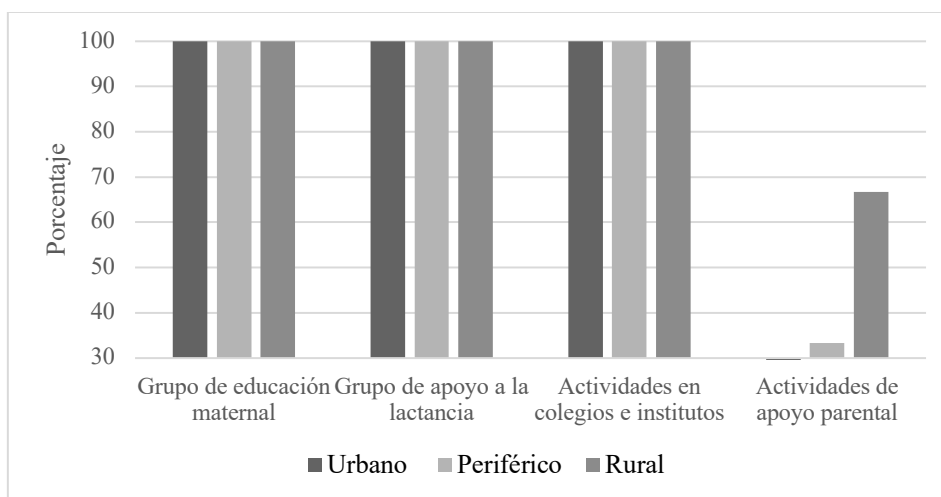


Figura 3. Porcentaje de Centros de Salud seleccionados que realizan actividades de promoción de la salud en la isla de Tenerife según estratos de población.

8.2. Participación

La participación de las figuras parentales en el estudio fue similar en ambas islas, siendo ligeramente superior en Tenerife (54%). Es importante tener en cuenta que los centros de esta isla comenzaron la implementación de las acciones un mes antes que en Gran Canaria, por lo que tuvieron lugar más ediciones de los “Espacios de encuentro”. En cuanto a los participantes por estratos, en Tenerife tuvieron lugar cifras más altas de participación en los centros de salud del estrato periférico (47%), seguido del urbano (34%) y del rural (18%) (ver Figura 4), mientras que, en Gran Canaria, el estrato urbano registró un 45%, seguido del periférico (33%) y del rural (22%) (ver Figura 5). En cuanto a los profesionales, participaron un mayor número de enfermeros y enfermeras

de pediatría (45,9%), seguidos de pediatras (40,5%), trabajadoras sociales (10,8%) y enfermera matrona (2,7%) (ver Figura 6).

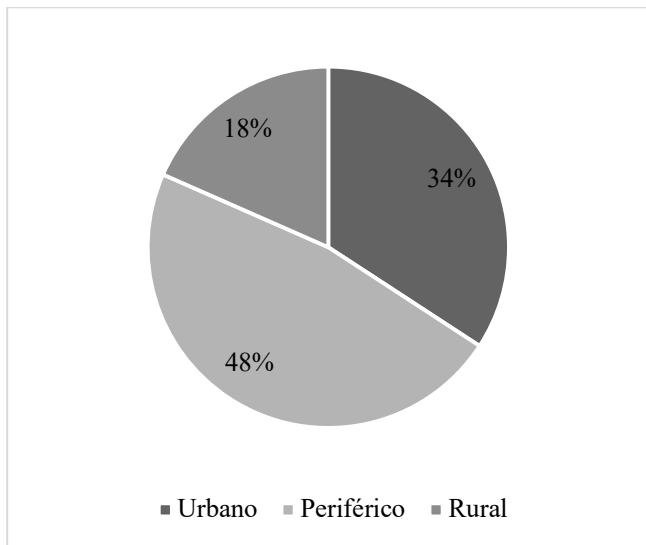


Figura 4. Participación de las familias por estratos poblacionales en la isla de Tenerife.

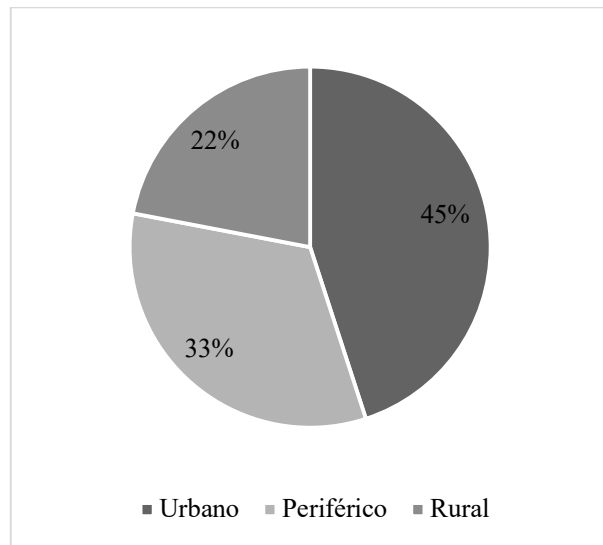


Figura 5. Participación de las familias por estratos poblacionales en la isla Gran Canaria.

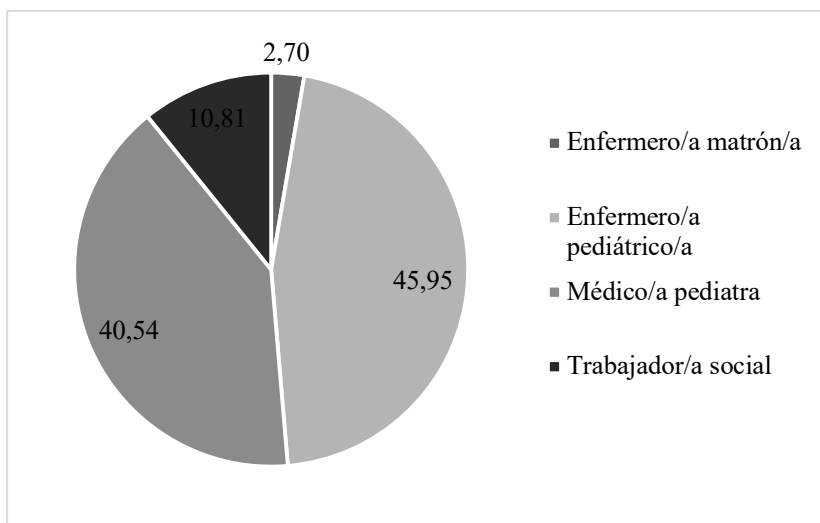


Figura 6. Porcentaje de participación de los/as profesionales en el estudio.

Por su parte, la participación de los/as profesionales en los Espacios de encuentro varió en función de los estratos. En los centros de los estratos poblacionales urbanos participaron Unidades de Atención Pediátrica, matronas y trabajadoras sociales. En los centros de los estratos poblacionales periféricos, lo hicieron Unidades de Atención Pediátrica y trabajadoras sociales. Por último, en los centros de los estratos poblacionales rurales, únicamente participaron Unidades de Atención Pediátrica dada su escasa dotación de trabajadores sociales (ver Tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de participación de los/as profesionales en Espacios de encuentro.

Profesional/Estrato	Tenerife			Gran Canaria		
	Urbano	Periférico	Rural	Urbano	Periférico	Rural
Enfermero/a matró/a	20%	0%	0%	0%	0%	0%
Enfermero/a pediátrico/a	40%	62,5%	25%	53,3%	45,5%	50%
Médico/a pediatra	40%	37,5%	75%	33,3%	36,4%	50%
Trabajador/a social	0%	0%	0%	13,3%	18,2%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

8.3. Impacto de los niveles de dinamización

8.3.1. Resultados sobre el uso del curso online GSB

En cuanto al porcentaje de uso del curso online de las familias participantes, tras las acciones de dinamización tanto en los “Espacios de encuentro” como en apoyo en las consultas pediátricas, un 60% había completado el curso, un 31,3% tenía previsto terminarlo en los próximos días y un 8,8% no se había inscrito o lo había abandonado. Estos datos contrastan positivamente con los que se habían obtenido hasta el momento en la plataforma online antes de poner en marcha los planes de dinamización, donde la tasa de inscritos en toda España que finalizaban completamente el curso era de un 14% (Callejas, Byrne y Rodrigo, 2018). Asimismo, se observó como el plan de dinamización atrajo perfiles más heterogéneos en relación con el nivel de estudios de las familias y con el número de hijos/as (Tabla 7).

Tabla 7. Perfil familiar de usuarios del curso online con y sin plan de dinamización.

	Sin plan de dinamización (nacional)	Con plan de dinamización (Canarias)
Perfil familiar	M (DT) / %	M (DT) / %
Género de la figura parental (madre)	85.1	84.8
Familias primerizas	83.2	68.9
Estructura parental. Biparental	88.4	88.4
Zona de residencia (urbana):	79.9	81.7
Nivel educativo:		
Sin estudios/Estudios Secundarios	1.6	23.8
Formación profesional	25.3	29.9
Estudios universitarios	73.1	46.3

8.3.2. Resultados en las familias

Los resultados en las familias a partir de los tres niveles de dinamización aplicados en los centros se midieron en dos dimensiones. Primero, *autorregulación parental*, esto es, la capacidad de los padres de organizar sus tareas parentales y ser conscientes del papel relevante que se atribuyen en la crianza y educación de sus hijos e hijas. Segundo, *actividades educativas cotidianas* que hace referencia al modo de organizar el día a día a través de rutinas que promuevan el desarrollo y la salud de los hijos e hijas. Para evaluar los cambios, se llevaron a cabo Análisis de Varianza de medidas repetidas, introduciendo como variable intergrupala el nivel de dinamización (nivel 1, 2 o 3) adscrito al centro de salud y las puntuaciones pretest-posttest en autorregulación parental y en actividades educativas cotidianas, mediante el programa SPSS v.25. Por su interés se incluyen tanto aquellos resultados significativos ($p \leq .05$) como aquellos que muestran tendencias marginales ($p > .05$ a $.09$), obviando el dato estadístico para hacer más fluida la lectura.

Autorregulación parental

En el factor de *Auto-suficiencia parental*, que evalúa la percepción de autonomía de los padres, se observan diferencias estadísticamente significativas en función del nivel de dinamización, obteniendo cambios más positivos en las figuras parentales que asistían a centros asignados a los niveles 2 y 3 en comparación con los del nivel 1 (ver Figura 7). Asimismo, en el factor de *Autoeficacia parental* que evalúa su percepción de competencia, los participantes de los niveles 2 y 3 reportaron cambios más positivos que los del nivel 1 (ver Figura 8). En *Auto-gestión parental*, que evalúa su percepción de capacidad de organización, el nivel 3 mostró un cambio más acusado respecto a los niveles 1 y 2 (ver Figura 9). Por último, en el factor *Agencia personal* se registraron cambios positivos en todos los niveles con pendientes similares (ver Figura 10). Todo ello indica, que asistir a centros adscritos a los niveles 2 (actividad grupal) y 3 (actividad grupal y apoyo en consulta pediátrica), en comparación con aquellos del nivel 1 (solo difusión), se asocia a una mejora en la capacidad percibida de ser padres y madres lo que dota a las figuras parentales de mayor confianza y seguridad en su papel.

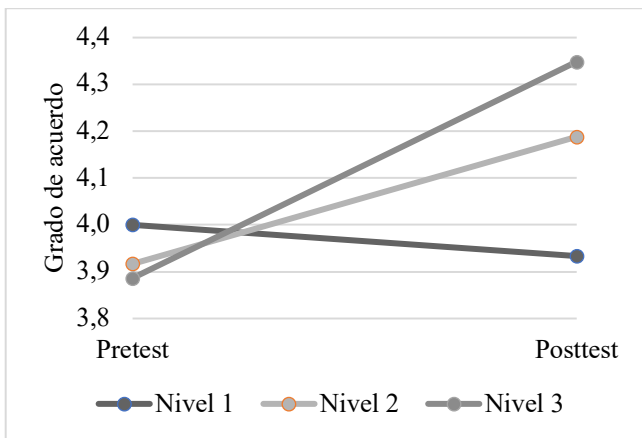


Figura 7. Cambios pretest-posttest en Auto-suficiencia parental según los niveles de dinamización del centro (Escala 1-5).

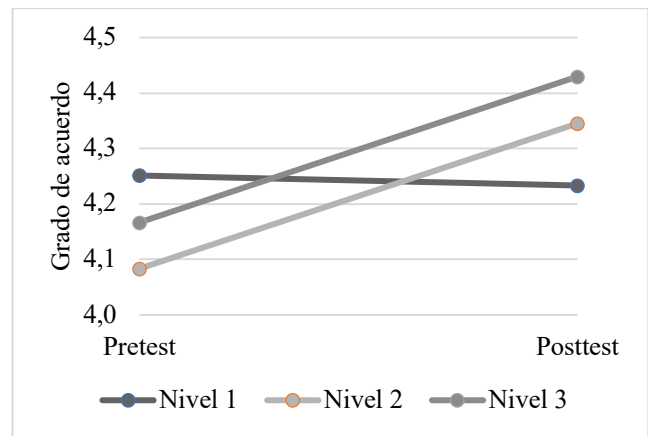


Figura 8. Cambios pretest-posttest en Autoeficacia parental según los niveles de dinamización del centro (Escala 1-5).

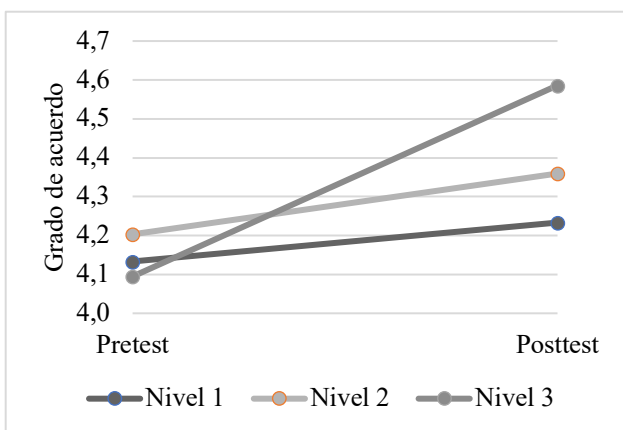


Figura 9. Cambios pretest-posttest en Auto-gestión parental según los niveles de dinamización del centro (Escala 1-5).

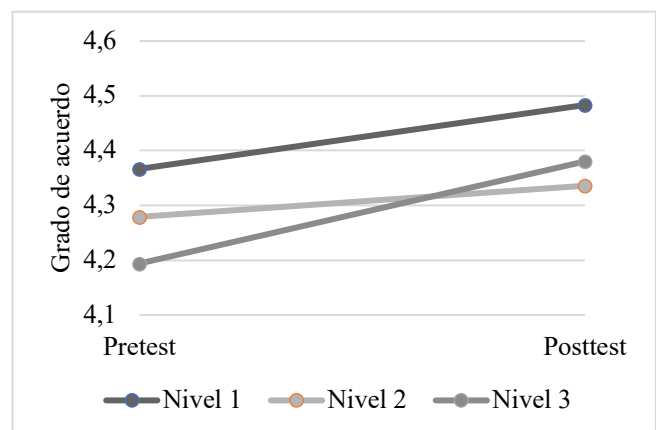


Figura 10. Cambios pretest-posttest en Agencia personal según los niveles de dinamización del centro (Escala 1-5).

Actividades Educativas Cotidianas

En general, las familias reportaron niveles bastante altos de frecuencia de uso de las actividades promotoras de la salud. En la actividad de *Juego* se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de dinamización, obteniendo mayores cambios positivos en las figuras parentales asistiendo a centros de los niveles 2 y 3 en comparación con los del nivel 1 (ver Figura 11). Asimismo, en la actividad de *Alimentación*, los participantes de los niveles 2 y 3 mostraron mayores cambios que los del nivel 1 (Figura 12). Todo ello indica, que asistir a centros adscritos a los niveles 2 y 3, en comparación con los del nivel 1, se asocia a una mayor frecuencia de uso de actividades de juego y un menor uso de las tabletas y menos sedentarismo. Asimismo, en la *Alimentación* se reportan con mayor frecuencia actividades promotoras de salud tales como contarle lo que está comiendo. En las actividades de *Apego* y *Sueño* los cambios reportados se dieron de modo similar en los tres niveles (ver Figura 13 y Figura 14 respectivamente).

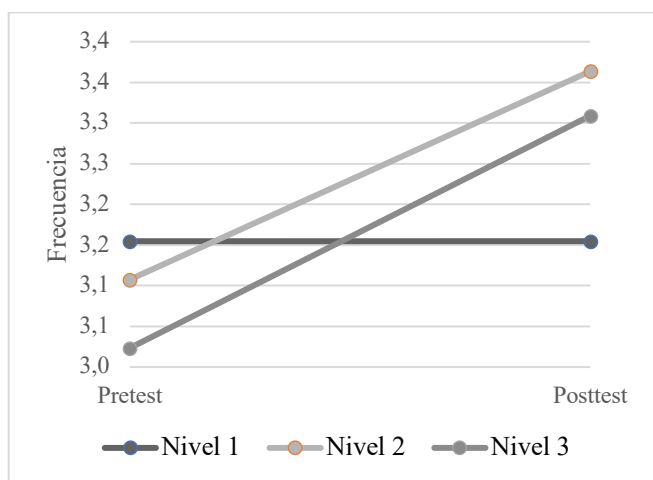


Figura 11. Cambios pretest-posttest en las actividades de juego según los niveles de dinamización del centro (Escala 1-4).

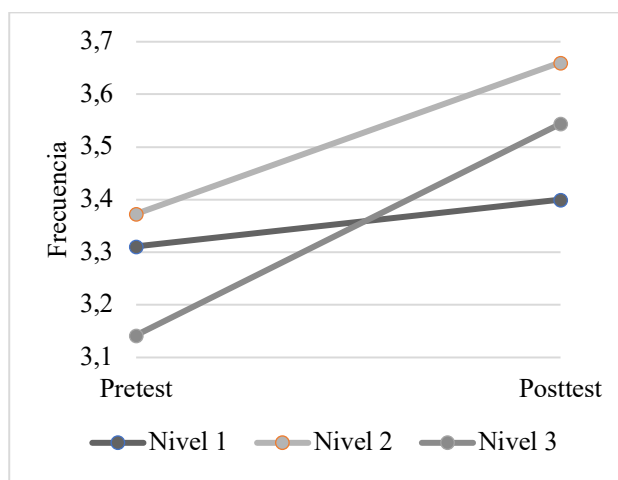


Figura 12. Cambios pretest-posttest en las actividades de alimentación según los niveles de dinamización del centro (Escala 1-4).

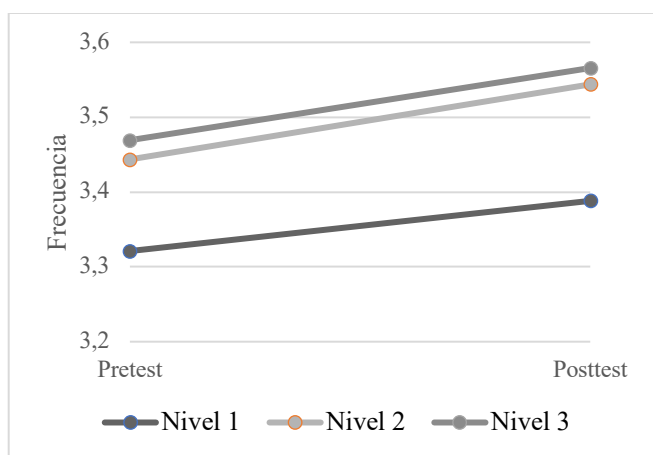


Figura 13. Cambios pretest-posttest en las actividades de apego según los niveles de dinamización del centro (Escala 1-4).

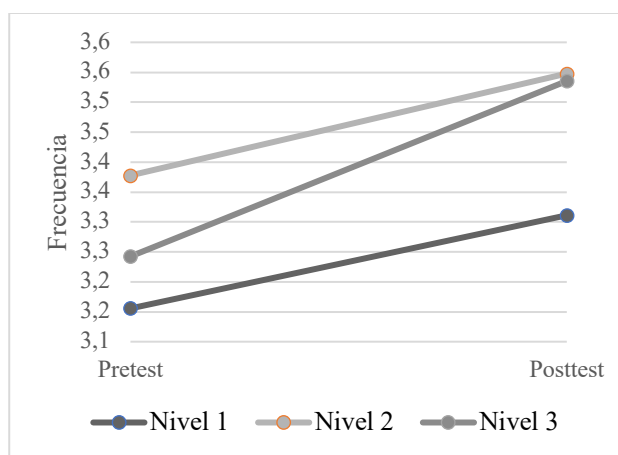


Figura 14. Cambios pretest-posttest en las actividades de sueño según los niveles de dinamización del centro (Escala 1-4).

Satisfacción familiar con los “Espacios de encuentro”

En los niveles 2 y 3 de dinamización se llevó a cabo la actividad grupal de “Espacios de encuentro”, al final de la cual las familias participantes reportaron su satisfacción con la misma. En general, se registró una alta satisfacción con la actividad ($M = 3,8$, $DT = 0,43$). Por islas y estratos se observan puntuaciones muy similares, todas ellas en el rango de Bastante-Muy satisfecho (ver Figuras 15 y 16).

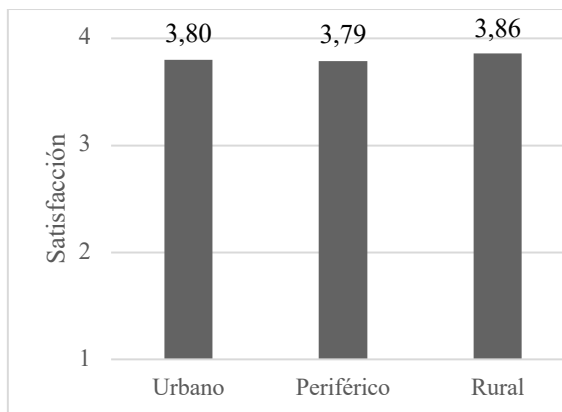


Figura 15. Grado de satisfacción con los “Espacios de encuentro” por estratos poblacionales en isla de Tenerife.

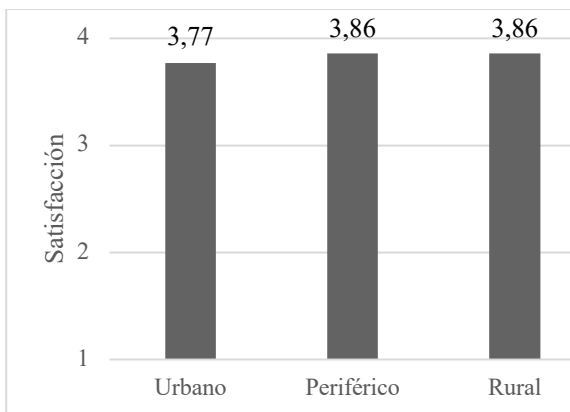


Figura 16. Grado de satisfacción con los “Espacios de encuentro” por estratos poblacionales en isla de Gran Canaria.

8.3.3. Resultados en los profesionales

Para tener una idea más detallada de los resultados en los profesionales de los tres niveles de implementación en su actitud hacia el trabajo con familias tuvimos en cuenta la participación que tuvo cada profesional en las acciones de difusión (nivel 1), apoyo grupal (nivel 2) y apoyo individual (nivel 3). Para evaluar los cambios, se llevaron a cabo Análisis de Varianza de medidas repetidas, introduciendo como variable intergrupar su tipo de participación (difusión, apoyo grupal y apoyo individual) en el Centro de Salud y las puntuaciones pretest-posttest en su actitud hacia el trabajo con familias, mediante el programa SPSS v.25. Por su interés se incluyen tanto aquellos resultados significativos ($p \leq .05$) como aquellos que muestran tendencias marginales ($p > .05$ a $.09$), obviando el dato estadístico para hacer más fluida la lectura).

Los resultados indican que los profesionales que realizaron acciones de apoyo grupal y apoyo individual en la consulta pediátrica mostraron un cambio significativo más positivo en su actitud hacia la familia como agente colaborador que los que realizaron actividades de difusión (ver Figura 17). En el resto de los factores de esta escala (la familia como recurso en el servicio de pediatría, la familia recurso propio, la familia como carga), no se produjeron diferencias significativas entre los niveles.

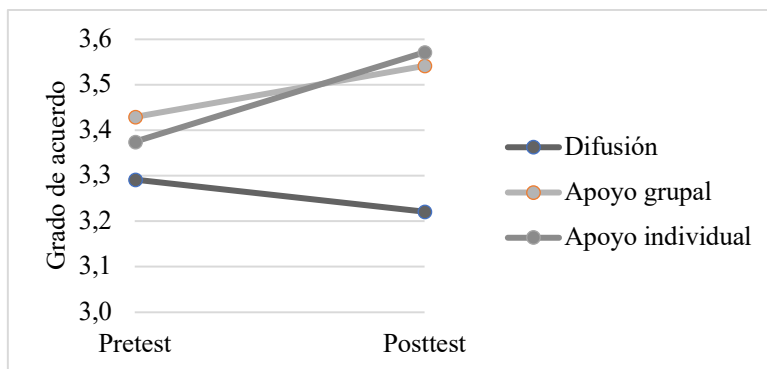


Figura 17. La familia como agente colaborador (Escala 1-4).

En cuanto al impacto final de la experiencia en el desarrollo profesional, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el factor “Impacto individual” siendo este mayor en aquellos profesionales que realizaron acciones de apoyo individual en consulta (ver Figura 18). En el factor “Impacto en el servicio” no se obtuvieron diferencias significativas.

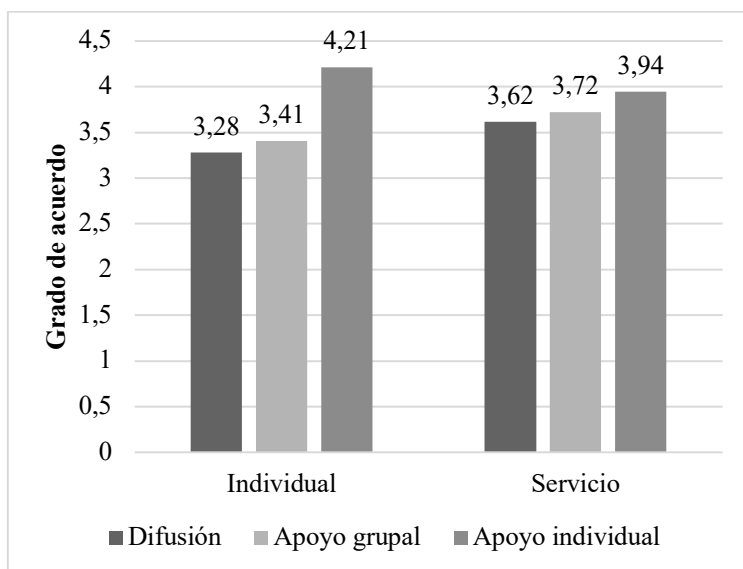


Figura 18. Impacto en el desarrollo profesional en función de la acción (Escala 1-5).

8.4. La experiencia desde el punto de vista de los profesionales

En cada isla se organizaron tres entrevistas grupales, a cada una de ellas asistieron entre tres y siete profesionales. Además, aquellos profesionales que no pudieron acudir a las entrevistas grupales tuvieron la posibilidad de contestar al guión de ésta a través de la plataforma ULL-GoogleForms. Las entrevistas fueron grabadas en audio. Para analizar el punto de vista de los profesionales sobre su experiencia, se transcribieron literalmente los audios de las entrevistas grupales y se analizaron de forma cualitativa mediante el programa Atlas.ti (v8.3).

La entrevista grupal giraba sobre los siguientes puntos: información inicial sobre el estudio, formación recibida, captación de participantes, desarrollo de las sesiones con

las familias, condiciones de implementación, perspectiva de futuro e impacto en el desarrollo profesional. A continuación, se resume la visión de los profesionales en cada uno de los puntos ilustrando de manera fiel sus opiniones mediante la inclusión de fragmentos de las transcripciones.

Información inicial sobre el estudio

Los profesionales demandaron mayor grado de detalle en la información inicial sobre el estudio. En concreto, más aclaraciones sobre aspectos organizativos y más material de apoyo sobre la Parentalidad positiva ya que, para algunos, este enfoque representaba un tema desconocido.

“A mí me informó la directora del centro de salud, lo que pasa que fue una información un poco ambigua, que recibió un mail de una investigación sobre “Parentalidad positiva” y ellos no sabían muy bien de qué iba el tema y nosotros tampoco, ¿qué hice? Pues me metí en internet a ver el curso de parentalidad positiva, el que tenían colgado para padres, me metí en el curso de parentalidad positiva de padres y fui viendo la información de cómo era y de en qué consistía, a través de la página web y luego ya después, sí, vine aquí, nos informaron y demás, pero fue así, porque es verdad que el tema es un poco desconocido.”

(P20, Enfermera, centro urbano)

“A mí me hubiera gustado [...] que alguien de proyecto se acercara antes de meternos en el proyecto que nos dijera “tenemos este proyecto, consta de esto...tal y cual y les damos un par de semanas para que hablen con la dirección para ver si de alguna forma quieren participar...”

(P28, Pediatra, centro periférico)

Formación GSB y planes de dinamización

En cuanto a la formación, los profesionales se mostraron satisfechos con el formato presencial y con los contenidos teóricos del desarrollo evolutivo de apego, alimentación, actividad física y juego, y descanso y sueño. Como aspectos a mejorar, demandaron mayor extensión en aquellos contenidos de implementación de las sesiones y en la dinamización de grupos. Asimismo, propusieron que esta sección de la formación se trabajara de forma práctica a través de dinámicas como role-playing.

“El contenido de lo que decían, de la explicación de cómo es el desarrollo del juego en los niños y tal, pues yo creo que eso estaba bien.”

(P8, Enfermera, centro periférico)

“Yo lo que eché de menos fue una formación para nosotros de moderación de grupos, nosotros tenemos cierta experiencia, pero yo no me manejo muy bien y eso sí lo eché de menos.”

(P24, Enfermero, centro periférico)

Captación de familias

La captación fue uno de los principales retos del estudio por dos motivos. Primero, captar familias con perfiles heterogéneos y, segundo, captar a un número suficiente de familias que conformaran un grupo estable. En consecuencia, los profesionales manifestaron la necesidad de apoyarse en estrategias adicionales, más allá de la captación en consulta, como el contacto con medios de comunicación (e.g., radio) o la captación desde otros servicios como servicios sociales.

“Es verdad que la captación no ha sido buena, es decir, es verdad que en el posparto es más fácil captarlas porque acaban de parir y entonces están con la baja maternal y más motivadas y aun así fue difícil porque te decían que sí y al día siguiente no iban y costaba.”

(P1, Matrona, centro urbano)

“Yo creo que la captación a los padres es lo que falló bastante, no lo sé, la gente que realmente necesita este tipo de apoyo pues no está abierto a venir a estas charlas, no sé, tendría que ser otra cosa, la difusión pues no sé si desde radio local, no sé hacerlo que llegue a más gente, aquí en la consulta solo, me parece muy poco, no llegamos, no llegamos.”

(P8, Enfermera, centro periférico)

“Las familias que más lo necesitan son las que son más difíciles de captar y que este en la consulta no es el mejor sitio, porque no nos hacen caso, no nos hacen caso para las cosas cotidianas...”

(P18, Pediatra, centro periférico)

“El tema de la captación para mí fue el fallo principal del curso, tuvimos muy poco tiempo para captar, entonces al no hacer una buena selección de 15, pues terminaron 6, es mi experiencia porque esto no tenía que haber sido así.”

(P25, Pediatra, centro rural)

Desarrollo de las sesiones

En opinión de los profesionales los “Espacios de encuentro” fueron percibidas como beneficiosas para las familias y como oportunidad para hacer promoción de la salud.

“En la consulta yo se lo recomendaba [el curso online y las sesiones] a todos independientemente de que fueran o no, porque me parece una herramienta muy válida para que las madres y los padres sepan manejarse con sus hijos. Es verdad que los que lo hicieron, que comentaba antes que lo necesita menos, han ido con menos frecuencia a la consulta porque “ahora ya sé porque llora mi niño”, “ahora ya sé porque tiene esto”, ya puede interpretar más lo que tiene. Sin embargo, los que no hicieron, siguen viniendo y viniendo, y les digo “¿hicisteis el curso?”, “es que no tengo tiempo, no tengo tiempo” Y siguen siendo muy frecuentadores, el resto han bajado las consultas. En ese sentido bien porque les das una herramienta a ellos solventar dudas.”

(P68, Pediatra, centro periférico)

Además, los/as profesionales mostraron satisfacción con el desarrollo de las sesiones.

“En los grupos, me encontré muy a gusto porque la gente como que...no sé, hablar con confianza, dudas, y entre ellos también, no sé, a mí por lo menos me gustó, y creo que como decía mi compañera, que sobre todo es trabajo entre ellos porque muchos han pasado por esa situación, se responden entre ellos y no sé, yo creo que es un bien para los padres.”

(P26, Pediatra, centro periférico)

En cuanto a la organización realizaron propuestas de mejora como la distribución de una actividad presencial por módulo y la administración de los cuestionarios de evaluación fuera de la sesión presencial.

“Todas las que asistieron realizaron el curso se mostraron muy contentas, aunque valoraban más la parte presencial ya que les permitía resolver dudas y exponer sus actuaciones en determinadas situaciones. Las sesiones 2 [apego y alimentación] y 3 [juego y sueño] son las más importantes y las que han valorado más las madres. 1 [sesión de presentación] y 4 [sesión de cierre] no las habría realizado, las habría incluido como principio y fin en sesiones con temas a tratar.”

(P44, Pediatra, centro rural)

“Nada más llegar hacerles un cuestionario, van con niños, los niños se empiezan a poner nerviosos, la cosa se alarga.”

(P20, Enfermera, centro urbano)

Asimismo, propusieron la inclusión de alguna dinámica de grupo que fomentara la participación y el contacto entre las familias.

“Enriquecer ese momento de encuentro con otras cosas, que nosotros dispusimos de material que teníamos [...] la típica telaraña, nos pasamos el hilo, nos presentamos, siempre utilizamos una dinámica donde los padres se movían y compartían y se soltaban y empiezan a comunicarse más, lo de introducir alguna actividad, alguna dinámica en el taller, lo favoreció.”

(P21, Enfermera, centro periférico)

Condiciones de implementación

Los profesionales señalaron como necesario que las acciones de formación previa, los espacios de coordinación para la preparación de las sesiones y el desarrollo de las sesiones con las familias se contemplaran dentro de su horario laboral. Sobre la frecuencia de las sesiones, los profesionales manifestaron que para la fidelización se deberían hacer un espacio semanal o quincenalmente.

“Yo favorecería espacios entre los profesionales que fueran a participar en las sesiones para que se encuentren y se planifiquen de qué vamos a hablar, qué vamos a hacer...dentro del horario laboral.”

(P22, Enfermera, centro urbano)

“Si es una actividad que Gerencia quiere que hagamos, la tenemos que hacer en mi tiempo laboral, aunque yo en casa repaso o lo que sea, pero realmente no debería de hacerlo fuera del ámbito laboral, porque si todos nos implicamos y todos estamos ayudando, pero al final para sacar esto adelante, hemos tenido que apretarnos las tuerquillas.”

(P37, Trabajadora social, centro periférico)

“Un buen recorte de agenda, que no tengas que estar corriendo y demás, pues eso sería tranquilamente que puedas ir a la sesión, prepararte la sala, sin rollo de que me vienen sin cita o que termino a la una menos diez.”

(P4, Pediatra, centro urbano)

Perspectiva de futuro

La dinamización del curso GSB les ha resultado una acción beneficiosa para las familias y con la que los profesionales se muestran muy satisfechos. Estos señalan la importancia de dar continuidad a la acción con el fin de que este recurso se de más a conocer y que las figuras parentales participen y puedan aprovecharlo más óptimamente. De manera concreta, se propuso repetir la acción cada curso, con una o dos ediciones.

“Y respecto al tiempo de captación, vamos, totalmente de acuerdo con que siempre que tú continuas un proyecto, la bola va creciendo, hay que empezarla, tú empiezas la onda y la onda crece, pero si no la empiezas, no crecerá nunca.”

(P67, Enfermera, centro periférico)

Impacto en el desarrollo profesional

Tras la participación en el estudio, la mayoría de los profesionales manifestó haber percibido cambios positivos en su quehacer profesional. En concreto, se registraron cambios en las siguientes áreas:

Relación con las familias

“Nos da otro lugar diferente en la relación con los pacientes o con los usuarios, porque en este caso, más que pacientes son usuarios, que es esa cercanía y el poder usar su propio lenguaje, la inquietud, el darte cuenta de que no eres tú solo al que le pasa sino que es al resto y tú también como profesional descubres cuales son las situaciones más habituales, no solo es que se repita lo mismo y lo puedas trabajar y creo que hay que vencer un poquito ese miedo de pánico escénico que uno tiene a ese enfrentamiento porque luego descubres que es un ambiente muy facilitador de diálogo.”

(P37, Trabajadora social, centro periférico)

Relación con otros profesionales

“También la experiencia que no tenemos oportunidad en atención primaria por el volumen de trabajo que tenemos, trabajar en grupo el propio equipo, no tenemos motivos para decir “vamos a trabajar juntos”, entonces yo de ahí

saqué también experiencias positivas con compañeros que no sabía yo que iban a aportar tanto o que sabían tanto.”

(P48, Enfermera, centro urbano)

Contenidos sobre desarrollo evolutivo y Parentalidad positiva

“Yo he aprendido porque he entrado en todos los enlaces, en todos. Eso es un trabajo tremendo, claro, cuando tú te formas y controlas eso, te da más seguridad en la consulta, ¿yo he cambiado realmente en la consulta? No mucho, pero sí tengo mayor seguridad. Cuando me hacen una pregunta muy concreta sobre algo muy concreto, sé responder y además con evidencia científica.”

(P25, Pediatra, centro rural)

9. Conclusiones

9.1. Consecución de los objetivos

En relación con los objetivos del estudio, se puede concluir que se han cumplido los mismos ya que el plan de dinamización: a) actúa como promotor de participación en el curso GBS; b) es capaz de generar resultados positivos en las familias y en los profesionales en los niveles 2 y 3; y c) la experiencia es vista como muy provechosa por parte de los/as profesionales de los niveles 2 y 3, tal como se verá en la siguiente sección.

El plan de dinamización como promotor de participación

El plan de dinamización del GBS ha demostrado su efectividad ya que el “Espacio de encuentro” y las actividades de apoyo individual en la consulta pediátrica han incrementado el uso del curso online. Por tanto, las posibles barreras de acceso y participación que presentan los cursos *online* pueden superarse por medio de la introducción de acciones presenciales que visibilizan dicho curso y fidelizan a los participantes. Ahora bien, a pesar de la buena acogida, los profesionales advierten de la dificultad de captación de las familias para estas actividades presenciales, siendo la participación de las familias inferior a la prevista. Una de las posibles explicaciones de este hecho es que las familias desconocían que en el Centro de Salud iban a encontrarse con estos recursos. Una buena prueba es que en aquellos centros donde ya se tenían experiencias previas la participación fue mayor. Sin embargo, una vez que iniciaron la actividad, las familias mostraron un alto grado de satisfacción y valoraron muy positivamente que el centro ofreciese este recurso.

Resultados positivos en las familias

A pesar de que se trata una experiencia muy breve, los resultados del estudio han mostrado la conveniencia de llevar a cabo los niveles 2 (“Espacios de encuentro”) o 3 (más el apoyo en consulta pediátrica) de dinamización para potenciar el uso del curso GSB en las familias y su efectividad. Los cambios más significativos en las figuras parentales se observaron en la autosuficiencia parental, lo que refleja que las figuras parentales se sienten más capaces de resolver los problemas y enfrentarse a las situaciones de crianza y educación por sí mismos. En relación con las actividades

promotoras de la salud, el juego fue el área donde se observaron mayores cambios. Esto significa que tras la participación en los “Espacios de encuentro” o en las consultas pediátricas, las familias reportaban una mayor frecuencia de actividades promotoras de la salud como el juego con otros niños o dinámicas que estimulaban el papel activo del bebé (e.g., cantar, seguir ritmos, etc.). Igualmente, acciones que dificultan el desarrollo, como la exposición a las tabletas y el sedentarismo, disminuyeron. Todo ello sugiere que el apoyo parental mediante recursos mixtos (online más presencial) aporta beneficios adicionales.

Resultados positivos en los profesionales

El plan de dinamización también ha mostrado su capacidad para generar cambios positivos en actitud del profesional hacia la familia como agente colaborador (niveles 2 y 3) y potenciar facetas de desarrollo profesional individual (solo en el nivel 3). Es importante destacar que los profesionales valoraron la iniciativa como positiva en la medida en que ésta fuera capaz de integrarse en el funcionamiento ordinario de los centros y que no constituyera una experiencia aislada. Asimismo, en las entrevistas grupales se pudo observar su entusiasmo, su capacidad de implicación y su motivación para seguir desarrollando acciones que promuevan la Parentalidad Positiva, tal como se verá a continuación.

9.2. Recomendaciones a partir de la experiencia

Tras la experiencia de este primer año de implementación del plan de dinamización, se señalan las siguientes recomendaciones de cara a ediciones posteriores. Es importante destacar que la mayoría de los profesionales se han mostrado dispuestos a continuar con la experiencia, pero es indudable que hay cuestiones que mejorar según su propia opinión que compartimos.

Formación de profesionales

- Que los/as profesionales tengan acceso previo al material formativo.
- Que los/as profesionales cuenten con al menos un mes para consolidar su formación antes de comenzar a implementar las acciones.
- Que se amplíe la formación en los temas de dinámica grupal y de desarrollo infantil.

Captación e implementación de las sesiones

- Que los/as profesionales desarrollen la captación a lo largo de un mes. Entre las estrategias de difusión se recomiendan: las consultas pediátricas, la difusión a través de otros centros de la zona (e.g., escuelas infantiles, asociaciones, centros culturales, etc.) y los medios de comunicación (e.g., radio local y redes sociales).
- Que en los “Espacios de encuentro” se aborde exclusivamente un tema por sesión (e.g., Primera sesión: apego, Segunda sesión: alimentación; Tercera sesión: juego y actividad física; Cuarta sesión: descanso y sueño).
- Que la evaluación inicial de las familias se realice de forma previa, no dentro de la propia sesión para no entorpecer la dinámica.

Organización del servicio

- Que se contemple la preparación de las sesiones, el desarrollo de éstas y la coordinación con los profesionales inmersos en el estudio dentro del horario laboral, como mejor garantía de la sostenibilidad de esta iniciativa.
- Que se faciliten espacios de reflexión dentro del servicio entre los/as profesionales que participan.
- Que se brinden oportunidades de formación continua en aspectos preventivos y de promoción de la salud que ayuden a mejorar la experiencia.

9.3. Perspectivas de futuro

A la luz de los resultados del estudio y de las recomendaciones aportadas por los/as profesionales se postula en este informe que el curso GSB y su plan de dinamización mediante los “Espacios de encuentro” y el apoyo en la consulta pediátrica es una oportunidad para renovar y enriquecer el Programa de Salud Infantil por las siguientes razones:

Ofrece contenido específico y ajustado para la etapa 0-3 años. El contenido de GSB da respuesta a las principales necesidades de apoyo e información que tienen los padres y las madres durante los primeros años de crianza. Además, frente a la sobreinformación o desinformación a las que están expuestas las familias, el curso presenta un conjunto de materiales basados en evidencias sintetizados y ordenados. Además, el contenido se transmite desde el modelo experiencial que se ha mostrado como la forma más efectiva a la hora de promover aprendizajes y actitudes de cambio en las familias frente a otro tipo de métodos más expositivos o académicos.

Complementa los objetivos específicos del Programa de Salud Infantil. Entre tales objetivos está el fomentar la lactancia materna durante el primer semestre de vida del niño (Objetivo 4) o promover la incorporación de conocimientos, actitudes y hábitos positivos para la salud infantil en padres/madres, niñas/os y educadores (Objetivo 6). En cuanto a las áreas temáticas, los contenidos del curso GSB responden de forma directa, entre otros, a los del área temática 17: valoración del desarrollo psicomotor; área temática 4: alimentación y nutrición, y las áreas 7 (higiene y cuidados) y 8 (sueño).

Introduce un formato mixto de apoyo parental eficiente y efectivo como agente promotor de salud. Las estrategias actuales de promoción de la salud en la infancia se centran en el trabajo con las figuras parentales en las sesiones de revisión y vacunación establecidas por el Programa de Salud Infantil y limitadas al tiempo de estas consultas que suele ser limitado. Son escasos los centros que incluyen actividades de apoyo parental de modo continuado y sistemático en espacios al margen de estas consultas también sugeridos en el Programa de Salud Infantil. La propuesta actual contempla un formato de implementación mixto que complementa las consultas pediátricas y las actividades grupales, con los entornos virtuales de aprendizaje consiguiendo mejoras en las figuras parentales en un tiempo muy breve y resultando satisfactorio para los/as profesionales.

Promueve la relación de colaboración profesional-familia. Esta visión integrada de la promoción del desarrollo, la educación y la salud transmitida desde el área de atención primaria ilustra la gran labor que tienen por delante las figuras parentales de organizar experiencias positivas que estimulen el desarrollo y promuevan la salud de sus hijos como principal factor de protección. Pero señala también que tales figuras no están solas, sino que es necesario establecer una relación de colaboración en la que la responsabilidad de la salud de los más pequeños sea compartida entre profesionales y figuras parentales y, de este modo, se intervenga sobre los agentes determinantes de la salud infantil de forma integral. El desarrollo de esta relación requiere acciones más profundas que el consejo breve actualmente recogido en los protocolos de visita del Programa de Salud Infantil. Por ello, los planes de dinamización presentados constituyen una oportunidad de contribuir a la construcción de esta relación.

En suma, proponemos la continuación durante 2018/2019 de esta experiencia de manera supervisada como lo hemos venido realizando, incluyendo las adaptaciones recomendadas, con el fin de consolidar los resultados y asegurar la sostenibilidad de la experiencia. De este modo, podemos seguir animando a los/as profesionales a participar en el curso online organizado por el Ministerio para formarse en el uso presencial del curso GSB para su aplicación en poblaciones en riesgo como una acción de prevención selectiva que, en un futuro próximo, podría completar la acción de prevención universal que se ha llevado a cabo.

10. Referencias

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research*, 6(2), 61-74.
- Ayala-Nunes, L., Jiménez, L., Hidalgo, V., Deković, M., & Jesus, S. (2018). Development and Validation of the Family Feedback on Child Welfare Services (FF-CWS). *Research on Social Work Practice*, 28(2), 203-213.
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180.
- Byrne, S. (2011). *Evaluación del programa de apoyo personal y familiar para familias en situación de riesgo psicosocial en la Junta de Castilla-León*. Tesis doctoral no publicada. Tenerife: Servicio de publicaciones de la Universidad de La Laguna. Recuperado de <ftp://tesis.bbtk.ull.es/ccssyhum/cs477.pdf>
- Callejas, E., Byrne, S., y Rodrigo, M.J. (2018). ‘Gaining health and wellbeing from birth to three’: a web-based positive parenting programme for primary care settings. *Early Child Development and Care*. DOI: 0.1080/03004430.2018.1490896
- Consejo de Europa (2006). Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre *Políticas de Apoyo a la Parentalidad Positiva*. Estrasburgo: Consejo de Europa. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/informeRecomendacion.pdf>
- Daly, M., Bruckhauf, Z., Byrne, J., Pecnik, N., Samms-Vaughan, M., Bray, R., & Margaria, A. (2015). *Family and parenting support: Policy and provision in a global context*. Florencia: Innocenti Insight.
- Dirección General de Salud Pública (2017). *Estrategia Canaria de Promoción de la Salud “Islas y Municipios Promotores de la Salud”*. Publicación online. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c93fbcf3-cadd-11e7-9ea5-b9b8b4166b63/ECIMPS.pdf>
- Gobierno de Canarias y Servicio Canario de Salud (2010). *Programa de salud infantil*. Publicación online: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/aplicacion.jsp?idCarpeta=f60021f6-6ad8-11e2-bc0c-6512fc1bab5e>
- Gobierno de Canarias y Servicio Canario de Salud (2016). *Plan Estratégico del Servicio Canario de Salud 2016-2017*. Publicación online: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Recuperado de: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/546c8bb1-8487-11e6-a33b-757951c5b2fa/PlanDeSalud2016.pdf>
- Hamilton, V. E., Matthews, J. M., y Crawford, S. B. (2015). Development and Preliminary Validation of a Parenting Self-Regulation Scale: “Me as a Parent”. *Journal of child and family studies*, 24(10), 2853-2864.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*. Publicación online. Recuperada de:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>

- Rodrigo, M.J., Byrne, S., y Álvarez, M. (2017). Interventions to Promote Positive Parenting in Spain. En M. Israelashvili y J. L. Romano (Eds), *Cambridge Handbook of International Prevention Science*. (pp 929-956). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C., Byrne, S., & Rodríguez, B. (2015). *Manual Práctico de Parentalidad Positiva*. Madrid: Síntesis.
- Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Máiquez, M. L., Álvarez, M., Byrne, S., Rodríguez, E., ... García-Poole, C. (2017). *Parentalidad Positiva: Ganar Salud y Bienestar de 0 a 3 años. Guía de desarrollo de talleres presenciales*. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. NIPO: 680-17-044-1.
- Suárez, A., Rodríguez, J. A., & Rodrigo, M. J. (2016). The Spanish online program “Educar en Positivo” (“the positive parent”): Whom does it benefit the most? *Psychosocial Intervention*, 25(2), 119–126. DOI:10.1016/j.psi.2016.03.001