

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APOYO PARENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA COMO REFUERZO AL CURSO A DISTANCIA “GANAR SALUD Y BIENESTAR DE 0 A 3 AÑOS”(*)

Enrique Callejas Castro (1) [ORCID: 0000-0002-1259-901X], Sonia Byrne (1) [ORCID: 0000-0002-9267-3354], María José Rodrigo López (1) [ORCID: 0000-0001-5504-886X], Carmen T. Pitti González (2) y Agustín Rafael Graffigna Logendio (3)

(1) Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna. La Laguna. España.

(2) Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. Islas Canarias. España.

(3) Centro de Salud de Taco. Servicio Canario de la Salud. Gobierno de Canarias. Islas Canarias. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

(*) **Financiación:** Este trabajo se ha realizado gracias a la ayuda de Formación de Profesorado Universitario del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (FPU 16/01039).

RESUMEN

Fundamentos: La educación parental en línea es una oportunidad de proporcionar apoyo parental como estrategia de prevención universal. Se pretendió analizar en qué medida las acciones de dinamización mejoran el uso universal del curso a distancia “Parentalidad positiva: Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años” (GSB) (<http://aulaparentalidad-msssi.com/>) en los centros de Atención Primaria.

Métodos: Se comparó el perfil de participantes y la adherencia al curso en una muestra nacional de familias usuarias del curso GSB (175), con otra muestra canaria (160) usuaria de 20 centros de salud de las islas de Tenerife y Gran Canaria asignados aleatoriamente en tres grupos: sólo GSB (nivel 1), GSB + actividades presenciales grupales (nivel 2), y usuarios que además recibían apoyo individual en la consulta (nivel 3). Se analizó el perfil sociodemográfico y el porcentaje de finalización del curso GSB, así como una plantilla de indicadores de calidad de la implementación para iniciativas innovadoras. Se realizó un análisis de contingencia Chi Cuadrado con residuos tipificados para comparar el perfil sociodemográfico entre los grupos.

Resultados: Respecto a la muestra nacional, con un nivel educativo más alto y madres primíparas con el 14% de finalización, la muestra canaria estuvo compuesta de distintos niveles educativos y madres múltiparas con un porcentaje de finalización mayor en los niveles 2 y 3 (62,5% y 67,5%) que en el nivel 1 (38,5%).

Conclusiones: El uso universal del curso y su adherencia mejora por la inclusión de actividades presenciales. El proceso de implementación en los centros de salud seleccionados cumple satisfactoriamente con los indicadores de calidad de una iniciativa innovadora.

Palabras clave: Intervención temprana, Apoyo parental, Investigación organizacional, Atención primaria, Pediatría social, Parentalidad positiva.

ABSTRACT

Evaluation of the strategy of parental support at primary health care as a reinforcement of the online course ‘Gaining health and wellbeing from birth to three’

Background: E-parenting is an opportunity to provide parental support as a universal prevention strategy. This study analysed the extent to which the promotion actions improve universal use of the online course ‘Positive parenting: Gaining health and wellbeing from birth to three’ (GH&W) (<http://aulaparentalidad-msssi.com/>) at the primary care centers.

Methods: The profile of participants and the adherence to the course in a national sample of families using the GH&W course were compared with another Canarian sample distributed in three groups: only GH&W (level 1), GH&W + face-to-face group activities (level 2), and users who also received individual support in the medical checking (level 3). It was carried out in 20 health centers on the islands of Tenerife and Gran Canaria randomly assigned to one of the three levels. Participants were 175 national parental figures and 160 parental figures users of the Canary Health Service, both with children from 0 to 3 years. The sociodemographic profile and the completion rate of the GH&W were registered, as well as a template of implementation quality indicators for innovative experiences. To compare the sociodemographic profile differences between groups, a Chi-square contingency analysis with standardized residuals was performed.

Results: Compared to the national sample mainly of high educational level, primiparous mothers and 14% completion, the Canarian sample attracted different educational levels and multiparous mothers, with a higher completion rate at levels 2 and 3 (62.5% and 67.5%) than at level 1 (38.5%).

Conclusions: The universal use of the course and its adherence improve due to the inclusion of face-to-face activities. The implementation process in the selected health centers satisfactorily meets the quality indicators of an innovative initiative.

Key words: Early prevention, Parental support, Organizational research, Primary health care, Social paediatrics, Positive parenting.

Correspondencia:

Enrique Callejas Castro
Facultad de Psicología
Universidad de La Laguna
Campus de Guajara
38071 La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España
ecalleja@ull.edu.es

Cita sugerida: Callejas Castro E, Byrne S, Rodrigo López MJ, Pitti González CT, Graffigna Logendio AR. Evaluación de la estrategia de apoyo parental en atención primaria como refuerzo al curso a distancia “Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años”. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95: 13 de diciembre e202112192.

INTRODUCCIÓN

La *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*⁽¹⁾ del Ministerio de Sanidad (MS), incluye una línea de promoción de la salud y el bienestar infantil a través del apoyo de las figuras parentales en los primeros años de vida, que se enmarca en la *Recomendación del Consejo de Europa sobre Políticas de Apoyo a la Parentalidad Positiva* (Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2006). La evidencia científica ha señalado la importancia de la parentalidad positiva en la intervención temprana⁽²⁾, así como proporcionar apoyo al padre, la madre o cuidador principal por ser los principales agentes promotores del desarrollo, la salud y el bienestar infantil⁽³⁾.

La relevancia del apoyo parental está también contemplada en el Modelo Centrado en la Familia (MCF)⁽⁴⁾ de gran influencia en el ámbito sanitario. El MCF se caracteriza por fomentar una relación profesional-familiar en la que hay dignidad, respeto e intercambio de información y en la que ambas partes colaboran para compartir la responsabilidad de la atención del menor. Sin embargo, todavía existen dificultades en la implementación efectiva de prácticas profesionales siguiendo dicho modelo⁽⁵⁾. Los propios profesionales sanitarios señalan la falta de un modelo concreto y efectivo que defina en qué consiste el apoyo parental en el modelo MCF^(6,7), similar al que existe en el ámbito social basado en el uso de programas de parentalidad positiva con evidencias⁽⁸⁾. Introducir el apoyo parental en el ámbito sanitario es una experiencia innovadora que requiere de una serie de acciones facilitadoras de la función promotora de la salud⁽⁹⁾. En este sentido, Simmons y Shiffman⁽¹⁰⁾ señalan los atributos que debe tener una estrategia de innovación en el ámbito sanitario. En primer lugar, la acción debe dar respuesta a una necesidad del sistema, en este caso, la necesidad de concreción del MCF en prácticas basadas en evidencia. En segundo

lugar, se debe desarrollar una preparación adecuada para la acción que considere los diferentes agentes implicados en la misma (por ejemplo, servicios, centros, profesionales). En tercer lugar, se debe diseñar y efectuar una evaluación sistemática del proceso que cumpla con los estándares de la ciencia preventiva. En definitiva, el marco de Simmons y Shiffman constituye una forma de reflexionar sobre el proceso que identifica los componentes principales, orienta la toma de decisiones y ayudar a determinar las circunstancias que pueden facilitar o dificultar la eficacia y la sostenibilidad.

El curso “*Parentalidad positiva: Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años*”. Una de las acciones que ha patrocinado el MS dentro de la línea de promoción de la salud infantil ha sido el curso a distancia “*Parentalidad positiva: Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años*” (GSB)⁽¹¹⁾ dirigido a figuras parentales con hijos/as hasta los tres años de edad. Desde enero de 2017, el curso está disponible en la plataforma <http://aulaparentalidad-msssi.com>, se encuentra publicitado en plataformas oficiales como “*Familias en Positivo*” (<https://familiasenpositivo.org>) y se ha constatado un alto nivel de satisfacción con el curso⁽¹²⁾. Su estructura de contenidos consta de cuatro módulos: el vínculo del apego, la alimentación, la actividad física y el juego, y el sueño. Se sigue una metodología experiencial basada en la presentación de situaciones de la vida diaria, mediante viñetas y videos, donde se pueden observar actitudes y comportamientos parentales que pueden ser favorecedores u obstaculizadores del desarrollo saludable⁽¹³⁾. Al terminar cada módulo, se presenta una actividad final de repaso, un resumen y recomendaciones de cada tema y enlaces a recursos adicionales.

La implementación de GSB en los centros de Atención Primaria. El Área de Promoción de la Salud de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención del MS junto con la Dirección General de Salud Pública del SCS

impulsaron un plan de dinamización del curso GSB apoyado por actividades presenciales durante el curso 2017/2018. El acceso fácil y gratuito a un curso no garantiza su uso de forma homogénea por las familias, debido a diferencias en intereses, conocimientos de sitios web, ni acceso al soporte necesario. Por tanto, los principales usuarios de estos recursos suelen ser familias con niveles educativos altos y con experiencia en el uso de internet⁽¹⁴⁾. En Canarias se optó por la utilización de un formato semipresencial, utilizado con efectividad en las iniciativas de *e-parenting*^(15,16,17), diseñando dos tipos de actividades presenciales: (a) talleres basados en los contenidos de GSB para enriquecer la colaboración entre profesionales y familias; y (b) apoyo individualizado durante la consulta pediátrica regular mediante la técnica *teachable moments*⁽¹⁸⁾ que permite explorar con un protocolo las preocupaciones y fortalezas en su rol parental. Además, en el apoyo individualizado se les proporciona a las familias un tríptico adaptado a cada edad⁽¹⁹⁾. El programa GSB en su versión semipresencial, evaluado con población canaria, también ha logrado alcanzar altos niveles de satisfacción y mejoras en la tasa de adherencia y finalización⁽²⁰⁾.

La experiencia se enmarca en el *Plan de Salud de Canarias*⁽²¹⁾ y en el *Programa de Salud Infantil*⁽²²⁾ del SCS. El *Programa de Salud Infantil* establece un sistema de revisiones periódicas en las que se lleva cabo prevención y promoción de la salud (por ejemplo, vacunación, cribados). Dicho programa 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. Sin embargo, el apoyo parental todavía no está articulado de forma sistemática en el *Programa de Salud Infantil*. Se trata de una experiencia innovadora ya que: (a) implica introducir el uso activo de los profesionales sanitarios del curso GSB más las actividades presenciales; y

(b) conlleva contar con el soporte de los centros de Atención Primaria para lo cual es esencial la colaboración de los diferentes agentes implicados como son la Dirección General de Salud Pública y su Servicio de Promoción de la Salud, la Dirección General de Programas Asistenciales y sus Gerencias de Atención Primaria, así como los propios profesionales y las familias. En línea con lo anterior, los objetivos de este trabajo fueron dos: (1) analizar en qué medida las acciones de dinamización permiten ampliar el perfil sociodemográfico de las familias y su adherencia al curso reforzado por las actividades presenciales; y (2) examinar la calidad del proceso de implementación seguido para introducir el apoyo parental en una muestra representativa de centros de Atención Primaria en Tenerife y Gran Canaria.

SUJETOS Y MÉTODOS

Participantes y captación. Los participantes fueron figuras parentales con hijos e hijas de 0 a 3 años residentes en España. En el caso de la muestra nacional, los participantes accedieron de forma espontánea al curso online. En el caso de la muestra canarias, los participantes fueron captadas en las sesiones de revisión del *Programa de Salud Infantil*, en la consulta de pediatría de Atención Primaria. Los centros de salud que captaron la muestra canaria fueron seleccionados siguiendo criterios 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.

Recogida de datos. Los datos de la muestra nacional se registraron automáticamente en la plataforma *Moodle* en la que se alojaba el curso en línea. Respecto a los datos de la muestra canaria, se recogieron principalmente a través de una plataforma *online* de Universidad de La Laguna, aunque los participantes también

contaban con la opción de completar los cuestionarios de forma escrita. Las familias aceptaron su participación voluntaria en el estudio a través de un consentimiento informado según el procedimiento aprobado por el comité ético de la Universidad de La Laguna.

Instrumentos:

- Perfil sociodemográfico familiar y adherencia al curso a distancia: Se registraron el sexo y la edad del adulto y del niño/a, el nivel educativo, primíparas/múltiparas, la estructura familiar, la zona de residencia y la situación laboral del participante. Para registrar la finalización del curso a distancia, se incluyó la siguiente pregunta: “¿Ha finalizado usted el curso a distancia ‘GSB’?” con dos opciones de respuesta: sí (incluyendo “lo estoy terminando”) / no.
- Perfil técnico de profesionales: Se recogió su sexo, edad, tipo de profesión, años de experiencia profesional general y experiencia específica dinamizando actividades con familias.

Procedimiento de implementación: En la figura 1, se resume el esquema de colaboración de los agentes implicados en cinco fases del proceso de implementación de la modalidad semipresencial de GSB (de izquierda a derecha).

Tras la finalización de la Fase I en 2016, en la que se había elaborado el GSB, se llevó a cabo la Fase II entre los meses de marzo y diciembre de 2017. El equipo de investigación concertó reuniones previas de información del proyecto con las siguientes áreas del SCS: la Dirección General de Salud Pública y su Servicio de Promoción de la Salud, y la Dirección General de Programas Asistenciales y sus Gerencias de Atención Primaria de Tenerife y Gran Canaria. Asimismo, se desarrolló un contacto continuado con el Área de Promoción de la Salud del MSCBS. En la Fase III, se llevó a cabo la selección de los centros participantes con los datos

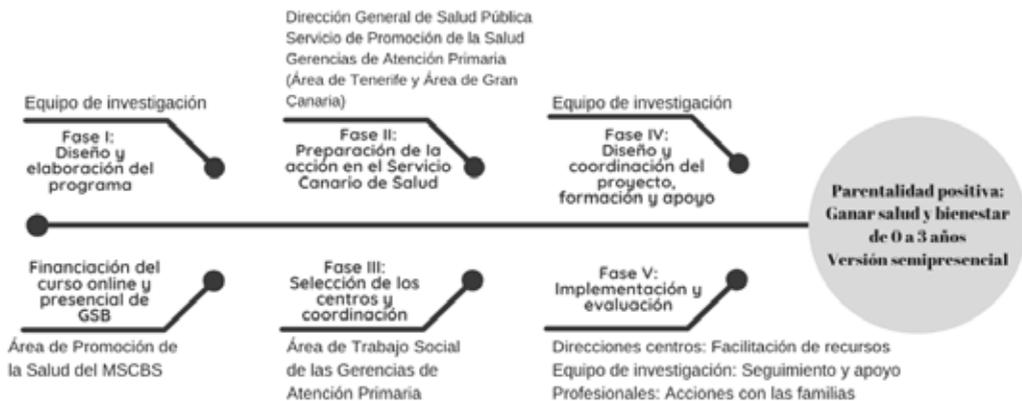
aportados por las Gerencias de Atención Primaria. La dirección de cada centro trasladó la información del proyecto a su equipo y pidió la participación voluntaria de sus profesionales. Posteriormente, se realizó la asignación aleatoria de los centros a los tres niveles del plan de dinamización. Dicha asignación se desarrolló por 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.

En la Fase IV, los profesionales de los niveles 2 y 3 recibieron una formación de cinco horas presenciales relativa a los contenidos del curso GSB y de las técnicas de dinamización de grupos del modelo experiencial. Los profesionales del nivel 3, recibieron además un módulo extra de dos horas sobre el apoyo individual a realizar en consulta. Se concertaron reuniones con las direcciones de los centros para conocer el contexto y resolver dudas.

La Fase V de implementación y evaluación se llevó a cabo entre los meses de marzo y junio de 2018 durante la cual tuvieron lugar las actividades con las familias, y la recogida de datos adicionales tanto de las familias como de los profesionales. Los/as profesionales contaron con el apoyo a través de visitas presenciales, correo electrónico y llamadas telefónicas del equipo de investigación. Además, se habilitó un espacio virtual de la Universidad donde podían acceder al material necesario para desarrollar las acciones.

Diseño y plan de análisis: Se comparó el perfil sociodemográfico de los participantes y la adherencia al curso en una muestra nacional de familias que habían accedido espontáneamente al curso GSB con otra muestra canaria distribuida en tres grupos: usuarios de centros de salud en los que estaba anunciado el curso GSB mediante

Figura 1
Esquema de colaboración y procedimiento seguido para la implementación de la versión semipresencial de GSB en Tenerife y Gran Canaria.



carteles y folletos (nivel 1), usuarios interesados o ya inscritos en el curso que participaban en centros de salud donde se ofrecían talleres grupales presenciales (nivel 2), y usuarios que además de lo anterior recibían apoyo individual en la consulta pediátrica regular (nivel 3).

Para analizar las diferencias entre el perfil de los cuatro grupos se realizaron análisis de contingencia Chi cuadrado con residuos tipificados corregidos⁽²³⁾. Se emplearon valores de referencia habituales de 1,96 para un nivel de confianza del 95% como significativos. El signo de los valores determinaba el tipo de relación (positiva/negativa). En relación con los valores, los participantes de la muestra nacional proporcionaron los datos para todas las medidas. En la muestra canaria, los valores perdidos estuvieron por debajo del 3%. En dichos casos, se realizó una imputación de media de clases en función del nivel de dinamización. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS v25.

En el grupo nacional se seleccionaron aquellas figuras parentales usuarias del curso que tuvieran un hijo/a entre 0 y 3 años y que no

pertencieran a Canarias, de la base de datos facilitada por el Área de Promoción de la Salud del MS.

Para evaluar la calidad del proceso de implementación se analizó la convergencia entre los indicadores del modelo de innovación de Simmons y Shiffman⁽¹⁰⁾ y las acciones organizativas llevadas a cabo para la implementación de la experiencia en Canarias. Se desarrolló una sesión con un panel de expertos formado por miembros del equipo de investigación y por el personal técnico del Servicio de Promoción de la Salud para realizar un análisis cualitativo retrospectivo del cumplimiento parcial o total de cada uno de los indicadores. El cumplimiento parcial o total debía justificarse en función de acciones concretas desarrolladas en el proceso de implementación.

RESULTADOS

Efectividad del plan de dinamización. Las familias canarias participantes fueron 160 madres y padres con hijas/os de edades comprendidas entre el nacimiento y los 36 meses usuarias del

SCS. La mayoría eran madres jóvenes primíparas con niños/as en similar proporción y de menos de un año, que vivían en familias biparentales, residentes en zonas urbanas y periféricas, con nivel de estudios de formación profesional y universitarios, y en situación laboral activa (tabla 1).

En la tabla 2 se recoge el perfil sociodemográfico de las familias nacionales y el de la muestra canaria en cada uno de los tres niveles de dinamización.

En la tabla 3 se muestran aquellas variables cuyos residuos tipificados corregidos mostraron diferencias significativas entre las diferentes condiciones.

Los resultados indicaron que el sexo de los participantes difería significativamente entre los grupos, siendo el nivel 2 el que tuvo el menor número de madres y el nivel 3 el mayor número. Respecto a la edad, en la muestra nacional se registró un mayor porcentaje de figuras parentales mayores de 40 años, siendo significativamente más jóvenes las familias canarias del nivel 3. Las familias de los niveles 2 y 3 tenían un mayor porcentaje de hijos/as de menos de un año. Asimismo, participaron un mayor número de madres primíparas a nivel nacional frente a las madres canarias en el nivel 1. Se registraron menos participantes con niveles de estudios bajos y con formación profesional en la muestra nacional y más en la canaria y, un mayor número con estudios universitarios en la muestra nacional y menos en la canaria. No se obtuvieron

diferencias significativas en el resto de las variables: sexo del hijo/a y lugar de residencia.

En cuanto a la adhesión al curso GSB, el porcentaje de finalización en la muestra nacional fue de un 14%, mientras que con el plan de dinamización en Canarias esta cifra alcanzó en el nivel 1 un 38,5%, y porcentajes más altos en el nivel 2 un 62,5% y en el nivel 3 un 67,5%.

Evaluación de la calidad del proceso de implementación. En la tabla 4 se recogen las acciones que tuvieron lugar en el proceso de implementación ordenadas según los indicadores de un proceso de innovación. Se desarrollaron acciones relativas a todos los indicadores que señala el modelo de Simmons y Shiffman⁽¹⁰⁾, y en 7 de las 10 características se alcanzó un cumplimiento total.

En el indicador 4, *Proceso participativo*, se señaló un cumplimiento parcial debido a las dificultades de incluir a las familias en el proceso de evaluación a través de entrevistas grupales, como se hizo con los profesionales. En el indicador 6, *Tiempo adecuado para desarrollar la implementación*, se estimó que el periodo de captación debería haber sido más extenso para poder coordinar las acciones con otros recursos de la zona (por ejemplo, escuelas infantiles, asociaciones). Por último, en el indicador 8, *Formación sólida y con apoyo para asegurar la transferencia de competencias*, se señaló la necesidad de haber ofrecido una formación más amplia, y así asegurar una mayor fidelidad en la implementación.

Tabla 1
Características de las familias de la muestra canaria (n=160).

Variables		%
Sexo del adulto	Mujer	84,8
Sexo del hijo/a	Mujer	43,3
Edad del adulto	Menos de 20 años	-
	Entre 20 y 40 años	90,3
	Más de 40 años	9,7
Edad del hijo/a	Menos de un año	59,5
	Entre 1 y 2 años	33,1
	Entre 2 y 3 años	7,4
Primípara	Sí	68,9
Estructura parental	Biparental	88,4
Zona de residencia	Urbana	81,7
Nivel educativo	Estudios obligatorios	23,8
	Formación profesional	29,9
	Estudios universitarios	46,3
Situación laboral	Activo	69,5

Tabla 2
Características de las familias de la muestra nacional y de la muestra canaria en cada nivel de dinamización.

Variables		Curso GSB (nacional) (n=175) %	Curso GSB + actividades presenciales (Canarias)		
			Nivel 1 (n=34) %	Nivel 2 (n=66) %	Nivel 3 (n=60) %
Sexo del adulto	Mujer	85,2	88,2	71,2	96,7
Sexo del hijo/a	Mujer	46,9	36,4	61,9	53,6
Edad del adulto	Menos de 20 años	1,1	-	-	-
	Entre 20 y 40 años	76,1	93,8	83,9	94,7
	Más de 40 años	23,9	6,2	16,1	5,3
Edad del hijo/a	Menos de un año	33,7	48,5	65,5	59,6
	Entre 1 y 2 años	32,6	42,4	27,6	33,3
	Entre 2 y 3 años	33,7	9,1	6,9	7
Primípara	Sí	82,4	61,8	74,2	66,7
Estructura parental	Biparental	92	85,3	90	86,7
Zona de residencia	Urbana	79,5	73,5	80,3	86,7
Nivel educativo	Estudios obligatorios	5,1	23,5	21,2	26,7
	Formación profesional	18,3	44,1	28,8	25
	Estudios universitarios	76,6	32,4	50	48,3

Tabla 3
Diferencias significativas en el perfil sociodemográfico de usuarios del curso GSB de acceso libre en la muestra nacional y aquellos usuarios canarios que asisten a centros según los tres niveles del plan de dinamización.

Variables		Curso GSB (n=175) (nacional)	Curso GSB + actividades presenciales (Canarias)			χ^2
			Nivel 1 (n= 34)	Nivel 2 (n= 66)	Nivel 3 (n= 60)	
		r_z	r_z	r_z	r_z	
Sexo del adulto	Mujer	0,1	0,6	-3,2^(****)	2,8^(****)	14,96 ^(**)
	Hombre	-0,1	-0,6	3,2^(****)	-2,8^(****)	
Edad del adulto	Menores de 20 años	1,3	-,5	-,7	-,7	14,37 ^(*)
	De 20 a 40 años	-3,4^(****)	1,8	0,3	2,7^(****)	
	Más de 40 años	3,1^(****)	-1,7	-0,2	-2,6^(****)	
Edad del hijo/a	Menos de un año	-4,6^(****)	0,4	3,4^(****)	2,4^(****)	40,05 ^(****)
	Entre 1 y 2 años	-0,1	1,2	-0,9	0,1	
	Entre 2 y 3 años	5,7^(****)	-1,9	-3,0^(****)	-3,0^(****)	
Primer hijo/a	Primípara	2,2^(****)	-2,0^(****)	0,3	-1,7	8,56 ^(*)
	Múltipara	-2,2^(****)	2,0^(****)	-0,3	1,7	
Nivel educativo	Estudios obligatorios	-4,7^(****)	1,6	1,8	3,0^(****)	42,56 ^(****)
	Formación profesional	-2,6^(****)	2,9^(****)	1,0	0,2	
	Estudios universitarios	5,7^(****)	-3,7^(****)	-2,1^(****)	-2,3^(****)	

(*) p<0,05; (**) p<0,01; (***) p<0,001; r_z ; Residuo tipificado corregido; (****) r_z significativo (-1,96 > r_z > 1,96).

Tabla 4
Convergencia del modelo de innovación Simmons y Shiffman (2007) con las acciones del proceso de implementación llevado a cabo en Canarias y nivel de cumplimiento.

Indicadores	Acciones desarrolladas
1. Mensaje claro de las ventajas de adoptar el proceso de innovación	Durante las reuniones con las diferentes secciones del SCS, se presentaron informes basados en evidencia científica para argumentar la necesidad y los beneficios de incluir el apoyo parental por medio del programa “GSB”.
2. Contacto personal y comunicación cercana	El apoyo a los profesionales se desarrolló a través de diferentes estrategias como llamadas telefónicas, correo electrónico y reuniones presenciales.
3. Adaptación del proceso de innovación al contexto local	El plan de dinamización fue diseñado considerando los documentos del SCS (por ejemplo, <i>Programa de Salud Infantil</i>) y los recursos disponibles (por ejemplo, tiempo de consulta, plantilla de profesionales de cada centro de salud).
4. Proceso participativo	Las actividades del plan de dinamización fueron diseñadas por el equipo de investigación con el asesoramiento de los técnicos del SCS.
	La evaluación siguió un enfoque participativo ya que una parte de ella se realizó a través de grupos de discusión con los profesionales.
5. Asistencia técnica y enfoque de apoyo	Uso de diferentes estrategias para el soporte técnico incluyendo plataformas <i>online</i> (por ejemplo, <i>Moodle</i>).
6. Tiempo adecuado para desarrollar la implementación	La formación inicial se desarrolló durante una semana, la captación durante dos, y la implementación durante ocho semanas.
7. Sólidos canales de difusión	Los principales canales de difusión fueron la plataforma Drago del SCS y una plataforma virtual habilitada por la Universidad.
8. Formación sólida y con apoyo para asegurar la transferencia de competencias	Después de la formación, los profesionales tuvieron la oportunidad de tener una sesión de supervisión si deseaban solicitarla. No obstante, los profesionales demandaron una formación más amplia sobre gestión de grupos.
9. Evaluación sistemática del proceso de innovación	El diseño de evaluación (no se reporta aquí en su totalidad), contempla tanto la efectividad de las acciones en las familias como la valoración de los profesionales del proceso de implementación.
10. Enfoque continuo orientado a la sostenibilidad de las acciones	Se concertaron reuniones para introducir el modelo de apoyo parental de manera sistemática a través de la actualización de documentos del SCS como el <i>Programa de Salud Infantil</i> .

DISCUSIÓN

Este trabajo describe la puesta a prueba de un plan de dinamización para potenciar la parentalidad positiva, a través del uso del curso GSB como estrategia de prevención universal y facilitar su finalización. Asimismo, ilustra el proceso de implementación llevado a cabo para introducir el apoyo parental en los centros de Atención Primaria mediante el uso combinado del curso y las actividades presenciales.

En cuanto al primer objetivo, se ha podido constatar que la modalidad mixta con la inclusión de actividades presenciales mejora el uso universal del curso GSB y su adherencia. Con respecto al perfil nacional de acceso espontáneo al curso, la efectividad del plan de dinamización en Canarias se muestra superior en dos aspectos. En primer lugar, se atrae a perfiles de familia más amplios distribuidos en diferentes niveles educativos, incluyendo aquellos que habitualmente suelen quedar fuera del acceso a recursos web de educación parental⁽²⁴⁾. En segundo lugar, se incrementa la participación de las madres múltiples, que con el nacimiento de un nuevo hijo/a también sienten la necesidad de tener apoyos durante esta etapa, similar a las madres primíparas⁽²⁵⁾. No obstante, la implicación de las figuras parentales masculinas sigue constituyendo un reto, incidiendo más explícitamente en la co-parentalidad⁽²⁶⁾.

El porcentaje de finalización del curso ha aumentado considerablemente en la muestra canaria respecto a la nacional, lo que nos muestra el valor añadido de la participación en talleres presenciales y recibir apoyo en las consultas. No obstante, podría elevar el número de familias que completaran el curso, el destinar mayor tiempo y mejores estrategias en el proceso inicial de captación así como ampliar la formación de los profesionales en estrategias de adherencia (por ejemplo, incentivos por la finalización del curso)⁽²⁷⁾.

En relación con el segundo objetivo, el proceso de implementación cumple satisfactoriamente con los indicadores de calidad de una iniciativa innovadora. Siguiendo el modelo de Simmons y Shiffman⁽¹⁰⁾, se desarrollaron acciones relativas a todas las características, implicando además a los agentes clave tanto a nivel nacional como autonómico. Para extender esta experiencia, la formación de los profesionales debería ampliarse para comprender mejor el marco de Parentalidad positiva y la gestión de los grupos.

Como limitaciones señalamos que la variable edad del perfil de los usuarios nacionales fue categorizada de modo distinto que las de la muestra canaria. Además, al llevarse exclusivamente en las islas capitalinas (Tenerife y Gran Canaria) se limita la generalización de los resultados. El bajo número de participantes de la muestra nacional limita la comparación, pero también constituye una prueba de la pertinencia de la intervención para aumentar la participación en el curso a distancia. En relación con la evaluación del proceso de implementación, no se contó con la perspectiva ni de expertos externos ni de las familias que participaron en el programa.

En futuras investigaciones, se podría realizar una evaluación de eficiencia coste-efectividad para determinar el coste de cada uno de las modalidades de intervención y sus beneficios sobre la salud y la calidad de vida de las familias. Además, se podrían realizar estudios más exhaustivos sobre la universalidad del programa, que evalúen el perfil de las familias a través de variables como la red de apoyo, el empleo y el nivel de ingresos.

A la luz de esta primera experiencia, el curso GSB complementado con sus actividades presenciales es una oportunidad para renovar y enriquecer el apoyo parental que se está brindando actualmente en Atención Primaria. Ofrece

contenido específico y basado en la evidencia para la etapa 0-3 años, complementando los objetivos específicos del *Programa de Salud Infantil de Canarias*. Por último, introduce un formato semipresencial de apoyo parental eficiente y efectivo como agente promotor de salud que facilita la relación de colaboración profesional-familia lo que acerca el servicio al MCF.

El principal reto de futuro es ampliar la experiencia al resto de las Islas Canarias y asegurar su sostenibilidad mediante su plena integración en Atención Primaria. En este estudio se pone de manifiesto que se han sentado unas bases firmes para que ambas cosas ocurran, ya que se cuenta con un modelo de apoyo familiar que funciona con el soporte de los organismos competentes en materia de salud infantil, y la implicación de los profesionales y las familias. Para su ampliación se espera contar con la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Canarias, con otros/as profesionales de Atención Primaria y Asociaciones. Por último, a partir de esta experiencia se elaboró la guía de aplicación de la versión semipresencial del programa GSB⁽²⁸⁾ para facilitar su aplicación en el resto de los centros de salud de la Comunidad Autónoma de Canarias y al resto del territorio nacional.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el interés e impulso en la promoción y desarrollo de esta iniciativa al Área de Promoción de la Salud del MS, y al Servicio Canario de la Salud: a la Dirección General de Salud Pública, a la Dirección General de Programas Asistenciales, a la red de Atención Primaria, a las Gerencias de Atención Primaria, a los/as profesionales y la participación de las familias. Por último, queremos agradecer la colaboración al equipo del Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública, en especial a la Médico Especialista en Pediatría Catalina Santana Vega, *in memoriam*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de La Salud y Prevención En El Sistema Nacional de Salud. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2013.
2. Shonkoff JP, Fisher PA. Rethinking evidence-based practice and two-generation programs to create the future of early childhood policy. *Dev Psychopathol.* 2013;24(6):1635–1653. doi: 10.1017/S0954579413000813
3. Guralnick MJ. Developmental Science and Preventive Interventions for Children at Environmental Risk. *Infants Young Child.* 2013;26(4):270-285. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182a6832f
4. Shields L. What is “family-centered care”? *Eur J Pers Cent Healthc.* 2015;3(2):139-144. doi: 10.5750/ejpc.v3i2.993
5. Coyne I. Families and health-care professionals’ perspectives and expectations of family-centred care: Hidden expectations and unclear roles. *Health Expect.* 2013;18(5):796-808. doi: 10.1111/hex.12104
6. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J.* 2012;16(2):297-305. doi: 10.1007/s10995-011-0751-7
7. Kuhlthau KA, Bloom S, Van Cleave J *et al.* Evidence for family-centered care for children with special health care needs: A systematic review. *Acad Pediatr.* 2011;11(2):136-143. doi: 10.1016/j.acap.2010.12.014
8. Rodrigo MJ, Byrne S, Alvarez M. Interventions to Promote Positive Parenting in Spain. En: Romano J., Israelashvili M, editores. *The Cambridge Handbook of International Prevention Science.* Cambridge: Cambridge University Press; 2016. p. 929-956. doi: 10.1017/9781316104453.040
9. Nolte E, Kluge H, Figueras J. How do we ensure that innovation in health service delivery and organization is implemented, sustained and spread? Copenhagen,

- Organización Mundial de la Salud; 2018. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/>
10. Simmons R, Shiffman J. Scaling up health service innovations: a framework for action. En Simmons R, Fajans P, Ghiron L, editores. *Scaling up Health Service Delivery – From Pilot Innovations to Policies and Programmes*. Génova: Organización Mundial de la Salud; 2007. p. 1-30. doi: 10.1016/j.puhe.2009.05.012
11. Rodrigo MJ, Martín-Quintana JC, Máiquez ML et al. *Parentalidad Positiva: Ganar Salud y Bienestar de 0-3 Años Guía Para El Desarrollo de Talleres Presenciales Grupales Coordinación Técnica Institucional*. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2017.
12. Callejas E, Byrne S, Rodrigo MJ. 'Gaining health and wellbeing from birth to three': a web-based positive parenting programme for primary care settings. *Early Child Dev Care*. 2018;188(11):1552-1565. doi: 10.1080/03004430.2018.1490896
13. Rodrigo MJ, Byrne S, Álvarez M. Preventing child maltreatment through parenting programmes implemented at the local social services level. *Eur J Dev Psychol*. 2012;9(1):89-103. doi: 10.1080/17405629.2011.607340
14. Suárez A, Rodríguez JA, Rodrigo MJ. The Spanish online program "educar en Positivo" ("The Positive Parent"): Whom does it benefit the most? *Interv Psicoc*. 2016;25(2):119-126. doi: 10.1016/j.psi.2016.03.001
15. Glascoe FP, Trimm F. Brief Approaches to Developmental-Behavioral Promotion in Primary Care: Updates on Methods and Technology. *Pediatrics*. 2014;133(5):884-897. doi: 10.1542/peds.2013-1859
16. McGoron L, Ondersma SJ. Reviewing the need for technological and other expansions of evidence-based parent training for young children. *Child Youth Serv Rev*. 2015;59:71-83. doi: 10.1016/j.childyouth.2015.10.012
17. Ritterband LM, Palermo TM. Introduction to the special issue: eHealth in pediatric psychology. *J Pediatr Psychol*. 2009;34(5):453-456. doi: 10.1093/jpepsy/jsp008
18. Lawson P, Flocke S. Teachable moments for health behavior change: a concept analysis. *Patient Educ Couns*. 2010;76(1):25-30. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.002
19. Rodrigo MJ, Byrne S, Callejas E. *Parentalidad Positiva: Ganar Salud y Bienestar - Guía práctica*. 2017. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de Salud. Disponible en: <https://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=44498469-553f-11e9-87fb-65362f2c5e8c&idCarpeta=85902744-c31f-11e9-a8a0-7f273508434f#4>
20. Callejas E, Byrne S, Rodrigo MJ. Feasibility and effectiveness of 'gaining Health & wellbeing from birth to three' positive parenting programme. *Psychosocial Intervention*, 2021, 30(1), p. 35-45. doi: 10.5093/pi2020a15
21. Servicio Canario de la Salud. *Plan de Salud de Canarias 2016-2017*. Las Palmas de Gran Canaria: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias; 2017.
22. Servicio Canario de la Salud. *Programa de Salud Infantil*. Las Palmas de Gran Canaria: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias; 2007.
23. Haberman SJ. The Analysis of Residuals in Cross-Classified Tables. *Biometrics*. 1973;29(1):205-220. doi: 10.2307/2529686
24. Myers-Walls J, Dworkin J. *Parenting Education without Borders: Web-based Outreach*. En: Ponzetti, Jr. J, editores. *Evidence-Based Parenting Education*. Nueva York: Routledge; 2015. p. 123-139. doi: 10.4324/9781315766676
25. Loh J, Harms C, Harman B. Effects of parental stress, optimism, and health-promoting behaviors on the quality of life of primiparous and multiparous mothers. *Nurs Res*. 2017;66(3):231-239. doi: 10.1097/NNR.0000000000000219
26. Panter-Brick C, Burgess A, Eggerman M, McAllister F, Pruett K, Leckman JF. Practitioner review: Engaging fathers - Recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence. *J Child Psychol Psychiatr*. 2014;55(11):1187-1212. doi: 10.1111/jcpp.12280

27. Axford N, Lehtonen M, Kaoukji D, Tobin K, Berry V. Engaging parents in parenting programs: Lessons from research and practice. *Child Youth Serv Rev.* 2012;34(10):2061-2071. doi: 10.1016/j.child-youth.2012.06.011
28. Callejas E, Rodrigo, M.J. Guía del programa semipresencial “Parentalidad positiva: Ganar salud y bienestar de 0 a 3 años”. Santa Cruz de Tenerife: Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud; 2021.