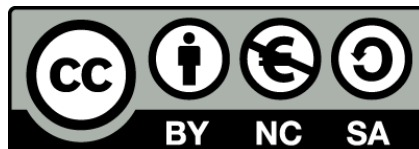




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Evaluación de la efectividad de un programa comunitario de parentalidad positiva. Perspectiva desde los determinantes sociales de la salud

Noelia Vázquez Álvarez



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.**



B Universitat de Barcelona

Departament de Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació
Facultat d'Educació

Evaluación de la efectividad de un programa comunitario de parentalidad positiva

Perspectiva desde los determinantes sociales de
la salud

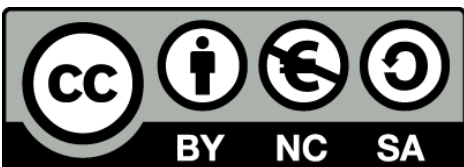
Tesis presentada por Noelia Vázquez Álvarez

Directoras de la tesis:

Dra. M.Cruz Molina Garuz

Dra. Lucia Artazcoz Lazcano

Barcelona, 2015



Evaluación de la efectividad de un programa comunitario de parentalidad positiva. Perspectiva desde los determinantes sociales de la salud por Noelia Vázquez Álvarez se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 International Licences

A todas las familias que han ayudado a crear y amar
cada uno de los instantes de este camino,
especialmente a la mía.

*No tengas prisa en deshojar los días.
No intentes nunca desandar caminos
No te arrepientas de lo que has amado
Atiende a los instantes y no al destino.
Esfuézate en querer lo que has creado.*
Nada Serio

AGRADECIMIENTOS

A las directoras de la tesis, la Dra. M.Cruz Molina Garuz y a la Dra. Lucia Artazcoz Lazcano por ayudarme a poner orden a mi curiosidad a través de su exigencia, su motivación, su rigurosidad en cada una de las revisiones y sobre todo su confianza en mí y en este estudio.

A Pilar Ramos Vaquero, madre del programa catalán y seguidora de este estudio de principio a fin, ella y su capacidad de motivar y aportar buenas ideas han sido indispensables para iniciar y finalizar este camino.

Al Servicio de Salud Comunitaria, Maribel Pasarín Rúa, Lourdes Egea y a cada una de las imprescindibles enfermeras comunitarias implicadas en esta investigación, Natalia Sagarra, Carmeta Cortina, Cristina Rey, Asun Bes, Dolors Roca, Montse Petit y Raquel Gallardo. También a Àngels Gaya, Marta Llobet, Helena Arnauda, Ana Maria Cegarra, Toñi Ramos, Clara Castells, Susanna Torres, Mar Castiella, Alberto Barrientos, Damma Prudencio, Matilde Sanuy, Anna Palacio, Susana Serrat, Cristina Vall, Elena Roca, Alicia Tudela, Maite Cantero, M.Àngels Escuder, Raquel Royo, Cristina Guardiola, Xitlali Hernández, Sonia Macias, Borja Morodo, José Rodríguez, Eulàlia Esclapés, Ruben Sapiña y Susagna Aisa, sin ellas este programa no sería más que un manual y esta investigación no tendría grandes relatos y aportaciones que ofrecer.

A todos y cada uno de los padres y madres participantes de este estudio, no sólo por su disponibilidad para dejarme escucharles y conocer aspectos sobre algo tan íntimo como es la parentalidad, sino por la fuerza que me han dado sus voces para darle sentido a esta investigación. A los niños y niñas, sin ellos, nosotros, los adultos, no nos moveríamos para innovar, cambiar y hacer un mundo mejor.

A l'Agencia de Gestio d'Ajuts Universitaris i de Recerca (AGAUR), por la ayuda económica que me ha permitido desarrollar esta tesis doctoral.

Al Departamento de Métodos y Diagnóstico en Educación de la Facultad de Educación de la Universitat de Barcelona por acogerme y formarme.

A la Dra. Frances Gardner, la Dra. Sarah Stewart-Brown y la Dra. Jane Barlow, por acogerme en Reino Unido y permitirme crecer profesionalmente conociendo intensamente intervenciones e investigaciones sobre los programas parentales en dos de las universidades (Oxford University and Warwick University) de uno de los

países pioneros en este ámbito. A la Dra Ana Tomás de Almeida por su calidez al acogerme en Portugal haciéndome, no sólo crecer profesionalmente aproximando a los programas parentales en su país, sino haciéndome sentir una más de su equipo. Al Dr. Jose Cunha Machado por su orientación estadística. A Laura Magalhães por acompañarme en el aprendizaje como investigadora lejos de casa.

A todos mis compañeros/as del GRISIJ. Especialmente, al Dr. Pere Amorós Martí, porque sus palabras son siempre una oportunidad de mejora. A la Dra. Crescencia Pastor, por su calidez y sus aportaciones que me han hecho crecer como investigadora día a día. A la Dra. M. Àngels Balsells por ser una clara referente. A la Dra. Núria Fuentes-Peláez por sus aportaciones rigurosas que siempre me han hecho reflexionar. A la Dra. Ainoa Mateos Inchaurredo por su disponibilidad y apoyo. Y muy especialmente a los que fueron y siempre serán mis compañeros de formación predoctoral; a los de allí Dr. Eduard Vaquero Tió, Dra. Aida Urrea Monclús y Alicia Navajas Hurtado, y a las de aquí Dra. Anna Mundet Bolós y Anna Ciurana Sala, gracias por las risas y por las dificultades que hemos vivido y superado juntos.

A todos los amigos/as y familiares que me han ayudado a creer en mí y en mi trabajo, disfrutar de él y superar los retos. Quiero destacar especialmente a mis físicos -Pablo, Eva, Nora y Edu- que, aunque provienen de diferentes lugares, han confluído en mi vida ayudándome, entre muchas otras cosas, a despertar mi interés por la investigación, y me ayudaron con su consejo o con su ejemplo, a elegir esta etapa. A Albert, sin él me encontraría perdida entre traducciones. A Uxía, por sus viejas y nuevas estrategias que me han dado seguridad en el camino. A Marc, porque fue el primero en enseñarme como liderar un proyecto, y a creer que podía hacerlo. A Antoni-Ítalo, su mente matemática me ha ayudado a despejar enigmas. A Lidia y a Montse, porque con sus detalles han sido capaces de mostrarme su apoyo y comprensión. A Gádor, porque llegó en un momento complejo y se quedó bailando conmigo para hacer el último tramo más fácil. A Sílvia, porque me enseñaste y enseñas el poder transformador de la educación. A Vane, por enseñarme a ser curiosa, creativa y hacerme ver que había un espacio para mí en este ámbito, y por supuesto, por llenar de creatividad la portada. A mis abuelos, a mi padre y a mi madre, porque seguramente son el motivo por el que elegí este ámbito, porque ellos, con su cuidado, cariño y apoyo incondicional, son los que más me han enseñado como de importante es tu entorno familiar. A mi hermana y a mi sobrina, ellas, durante el proceso de creación de esta tesis, me mostraron con su relación que es la parentalidad positiva y que es asegurar un inicio de la vida saludable. Finalmente, y sobre todo a ti, Jaume, por entenderme, apoyarme y caminar de la mano a mi lado incondicionalmente siempre.

RESUMEN

Fundamentación teórica: La familia es la principal responsable del bienestar biopsicosocial infantil, y la parentalidad positiva es clave en esta responsabilidad. La interacción entre las competencias parentales, las necesidades infantiles y el apoyo o estrés percibido del contexto conforman la parentalidad positiva. Los factores sociales determinan su desarrollo. Los programas de educación parental promotores de parentalidad positiva han mostrado efectos positivos inmediatos en padres/madres e hijos/as. Los efectos a medio-largo plazo y sobre las familias más vulnerables no son tan claros, y se recomienda investigar sobre ello. En España estos programas y su evaluación son incipientes.

Objetivos: Evaluar la efectividad del PHP a partir de: identificar los cambios 1) inmediatos y 2) pasados seis meses de la participación en el PHP en el desarrollo de las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social 3) analizar los determinantes sociales asociados con el éxito del PHP.

Metodología: Se llevó a cabo una investigación evaluativa sumativa del PHP, mediante un diseño cuasi-experimental sin grupo control. 257 padres y madres autocumplimentaron un test antes de la intervención, 216 al finalizarla y 130 seis meses después. Mediante escalas validadas, el test recoge datos sobre: habilidades parentales, comportamientos infantiles negativos, estrés parental y apoyo social. Se recogió también el consentimiento informado y datos sociodemográficos. Se aplicó el test de Chi cuadrado, test de Friedman y una regresión logística binaria empleando SPSS. La información recogida a partir de 17 entrevistas a profesionales, 5 grupos de discusión a progenitores y 12 documentos fue analizada con Atlas.ti. Los resultados cuantitativos y los cualitativos fueron triangulados.

Resultados: Pasados seis meses, el 71,5% de los participantes mejoraron las habilidades parentales y el 60,9% el apoyo social, el 57,6% redujo la percepción de comportamientos infantiles negativos y el 58,1% el estrés parental. Los progenitores fueron capaces de aplicar técnicas concretas de control del comportamiento infantil, reducción del estrés parental, comprender las situaciones que lo generaban y conocer las consecuencias de controlarlo. Cambiaron la mirada hacia el niño/a, viéndolo como alguien con voz y con sentimientos. Los niños/as mejoraron comportamientos positivos como participar en rutinas familiares o la expresión de sentimientos. Se evidenciaron las fuentes de

Evaluación de la efectividad de un programa comunitario de parentalidad positiva. Perspectiva desde los determinantes sociales de la salud

Effectiveness evaluation of a community-based positive parenting program. Perspective from the social determinants of health

las que proviene el apoyo social y las consecuencias que genera en la parentalidad. Disponer de un nivel de estudios inferior, estar en situación de desempleo, ser una familia monoparental, ser joven y ser hombre se identificaron como predictores de mejores efectos post-intervención.

Conclusiones: El PHP es efectivo porque produce los cambios positivos esperados tanto al finalizar la intervención como seis meses después, y estos efectos se dan para todos los grupos poblacionales, especialmente para los más vulnerables. El PHP contribuye a reducir las desigualdades sociales en la salud infantil, equiparando los niveles de parentalidad positiva en los entornos familiares de diferente vulnerabilidad.

Palabras clave: Evaluación de efectividad de intervenciones, Educación parental, Determinantes sociales de la salud, Análisis cuantitativo, Análisis cualitativo.

ABSTRACT

Background: The family is responsible for children's biopsychosocial development and positive parenting is a key component to exercise this responsibility. The interaction between parenting skills, children behavior and support or stress perceived from the context conform positive parenting. Social factors determine its development. Parent training programs have showed parent and children immediate positive effects. Medium/long-term outcomes and effects on vulnerable population are not clear, and it's recommended to investigate them. In Spain this kind of programs and its evaluation are quite new.

Aims: Assess PSPF effectiveness through identify 1) immediate and 2) six months follow-up changes in parenting skills, children's behavior, parental stress, and social support after participation in PSPF 3) analyze social determinants associated with PSPF success.

Methodology: Summative evaluation research of the PSPF and quasi-experimental design without control group were used. 257 parents filled pre-test, 216 immediate post-test and 130 follow-up post-test. Test collects data with validated scales about: parenting skills, children negative behaviour, parental stress, social support, sociodemographic data and informant consent. Chi Square test, Friedman test and binary logistic regression were applied with SPSS. Information from 17 professional interviews, 5 parent discussion groups and 12 documents was analyzed with Atlas-ti. Quantitative and qualitative data were triangulated.

Outcomes: Six months after intervention 71.5% of the participants improve parenting skills and 60.9% social support, 57.6% reduced children's negative behaviours perception and 58.1% parental stress. Parents were able to introduce specific techniques to control children behaviours, to reduce parental stress and to understand some circumstances that have to avoid to reduce stress and its consequences. They started to consider children as someone with feelings and voice. Children positive behaviours like expressing their feelings or participation on family routines were improved. They also identify some social support sources and its consequences on parenting. Low-education, unemployment, single-parent family, be young and be a man were predictors of better post-intervention effects.

Conclusions: PSPF effectiveness is confirmed because expected outcomes were identified both after participation and six-months later in different population

Evaluación de la efectividad de un programa comunitario de parentalidad positiva. Perspectiva desde los determinantes sociales de la salud

Effectiveness evaluation of a community-based positive parenting program. Perspective from the social determinants of health

groups, especially on most vulnerable groups. PSPF contributes to reduce social inequities in children's health equating positive parenting in different family environments.

Keywords: Effectiveness evaluation intervention, Parental education, Social determinants of health, Quantitative analysis, Qualitative analysis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	17
INTRODUCTION	21
BLOQUE I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	25
Capítulo 1. La familia en nuestro contexto	27
1.1. Modelos de estado de bienestar	28
1.2. Modelos de políticas de familia	30
1.3. La evolución de los modelos de familia en España	35
1.4. La familia desde la perspectiva ecológico-sistémica	36
Capítulo 2- Parentalidad positiva y factores sociales que afectan a la salud familiar	39
2.1. La salud: un aspecto social	39
2.2. Modelos de los determinantes sociales y las desigualdades sociales en salud: el entorno familiar como gran ausente	40
2.3. Salud familiar: la parentalidad positiva como asunto clave	46
2.4. Parentalidad positiva y factores sociales que la determinan	50
2.4.1. Competencias parentales	54
2.4.2. Comportamientos infantiles	57
2.4.3. Estrés parental	58
2.4.4. Apoyo Social	59
2.4.5. Factores sociales que determinan la parentalidad positiva	63
2.4.5.1. Posición socioeconómica	63
2.4.5.2. Género	65
2.4.5.3. País de origen	67
2.4.5.4. Edad	70
2.4.5.5. Entorno y estructura familiar	70
2.4.5.6. Situación laboral	73
2.5. Propuesta de marco conceptual: Determinantes sociales de la parentalidad positiva y del desarrollo infantil y familiar saludable	75
Capítulo 3- Intervenciones promotoras de parentalidad positiva	77
3.1. Programas socioeducativos grupales para padres/madres promotores de parentalidad positiva	78
3.2. Políticas de apoyo a los programas de parentalidad positiva	83

3.2.1. La situación internacional	84
3.2.2. La situación en España	87
3.3. Efectividad de los programas promotores de parentalidad positiva.....	88
3.3.1. Efectividad en la reducción de desigualdades en salud.....	89
3.3.2. El impacto en las familias: clave de la efectividad	93
3.3.3. Programas parentales basados en la evidencia	95
3.3.4. Determinantes sociales en salud: modificadores de efectividad	100
BLOQUE II- FINALIDAD	103
Capítulo 4- Interrogantes y objetivos.....	105
4.1. Interrogantes	105
4.2. Objetivo general.....	106
4.3. Objetivos específicos.....	106
BLOQUE III- METODOLOGÍA	107
Capítulo 5- Enfoque metodológico	109
5.1. La investigación evaluativa desde el paradigma pragmático.....	110
5.2. La investigación evaluativa como metodología.....	112
5.3. Diseño multimétodo.....	121
5.3.1. Aplicación del diseño multimétodo para la evaluación del PHP	124
Capítulo 6- Diseño de la investigación	129
6.1. Fase 1: Aproximación al contexto y a la teoría y establecimiento de los interrogantes y objetivos de investigación	131
6.1.1 El “Programa de desenvolupament d’habilitats parentals per a famílies”	131
6.1.2. El territorio de desarrollo de la investigación.....	136
6.1.2. Teoría y establecimientos de objetivos.....	136
6.2. Fase 2: Establecimiento del enfoque metodológico y desarrollo del plan de evaluación	138
6.3. Fase 3: Reducción, adaptación y validación- instrumento habilidades parentales.....	142
6.3.1. Instrumento original	143
6.3.2. Proceso de adaptación del instrumento	144
6.4. Fase 4: Subestudio cuantitativo.....	154
6.4.1. Instrumentos	154
6.4.1.1. Medida de las Habilidades Parentales	156
6.4.1.2. Medida de los Comportamientos infantiles negativos	158
6.4.1.3. Medida del estrés parental.....	159

6.4.1.4. Medida del Apoyo Social	160
6.4.1.5. Recogida de los datos sociodemográficos	161
6.4.2. Población.....	162
6.4.3. Análisis cuantitativo	165
6.5. Fase 5: Subestudio cualitativo.....	170
6.5.2. Estrategias Cualitativas	171
6.5.2.1. Entrevista.....	171
6.5.2.2. Grupo de discusión.....	173
6.5.2.3. Análisis documental.....	176
6.5.2. Participantes.....	177
6.5.3. Análisis cualitativo	180
6.6. Fase 6: Interpretación de resultados y elaboración de propuestas respecto al PHP	183
Capítulo 7: Criterios científicos y éticos	185
7.1. Criterios científicos.....	185
7.1.1. Validez interna y credibilidad	186
7.1.2. Validez externa y transferencia.....	187
7.1.3. Fiabilidad y dependencia	188
7.1.4. Objetividad y confirmabilidad	188
7.2. Criterios éticos	189
BLOQUE IV- RESULTADOS Y CONCLUSIONES	191
Capítulo 8- Efectividad del PHP.....	193
8.1. Resultados subestudio cuantitativo	193
8.2. Resultados subestudio cualitativo.....	197
8.2.1. Habilidades parentales	197
8.2.2. Comportamientos infantiles	204
8.2.3. Estrés parental.....	207
8.2.4. Apoyo social	211
8.3. Triangulación y discusión	216
8.3.1. Habilidades parentales	217
8.3.2. Comportamientos infantiles	223
8.3.3. Estrés parental.....	224
8.3.4. Apoyo social	226
Capítulo 9- Determinantes sociales de la efectividad del programa	231
9.1. Determinantes sociales del aumento de las habilidades parentales.....	231
9.2. Determinantes sociales de la reducción de comportamiento infantiles negativos	233

9.3. Determinantes sociales de la reducción de estrés parental	235
9.4. Determinantes sociales del aumento de apoyo social	237
9.5. Discusión	239
Capítulo 10- Discusión, limitaciones, fortalezas, conclusiones y recomendaciones	245
10.1. Discusión.....	245
10.2. Limitaciones y fortalezas	248
10.3. Conclusiones.....	251
10.4. Recomendaciones.....	253
10.4.1. Políticas.....	253
10.4.2. Implementación de la intervención	254
10.4.3. Investigación.....	255
Chapter 10- Discussion, limitations, strenghts, conclusions and recomendations	257
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	269
ANEXOS	305

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resumen perspectivas teóricas políticas y regímenes de bienestar (Elaboración propia, 2013)	33
Tabla 2: Perspectivas para la clasificación de programas grupales de educación parental (elaboración propia, 2014)	80
Tabla 3: Componentes de efectividad de los programas de apoyo parental (Small et al., 2008).....	96
Tabla 4: Indicadores de efectividad y recomendaciones de los programas de parentalidad positiva (Elaboración propia, 2013).....	98
Tabla 5: Finalidad, interrogantes y objetivos de la investigación	106
Tabla 6: Síntesis Modelos Investigación Evaluativa (Elaboración propia, 2014)	114
Tabla 7: Tipos de diseño multimétodo (Crewell et al.2008)	123
Tabla 8: Dimensiones de contenido, estrategias, valores y competencias a promover (Ramos y Manzanares, 2012)	134
Tabla 9: Síntesis descriptores empleados para la búsqueda bibliográfica.....	137
Tabla 10: Plan de evaluación del objetivo 1 de la investigación	139
Tabla 11: Plan de evaluación del objetivo 2 de la investigación	140
Tabla 12: Plan de evaluación del objetivo 3 de la investigación	141
Tabla 13: Dimensiones y número de ítems del cuestionario de habilidades parentales empleado por Martínez (2009)	143
Tabla 14: Perfil sociodemográfico de la muestra analizada para la adaptación de los ítems.....	146
Tabla 15: Análisis factorial y Consistencia interna de los ítems seleccionados estadísticamente	149
Tabla 16: Dimensiones e ítems del cuestionario adaptado por Vázquez et al. (2015)	151
Tabla 17: Apartados de los cuestionarios autoadministrados antes y después de la aplicación del PHP.	155
Tabla 18: Dimensiones e ítems Cuestionario de evaluación de habilidades parentales	157
Tabla 19: Dimensión y número ítems escala problemas de comportamiento SDQ	158
Tabla 20: Dimensiones y número de ítems versión española de PSS	159
Tabla 21: Dimensiones y número de ítems DUFSS.....	160
Tabla 22: Dimensiones y número de ítems cuestionario de recogida de datos sociodemográficos	162
Tabla 23: Perfil poblacional del momento pre-intervención, post-intervención y seis meses post-intervención.	163
Tabla 24: Resultados de la prueba de normalidad Kolgomorov-Smirnov (K-S)	167

Tabla 25: Dimensiones y preguntas guion de entrevista profesionales	173
Tabla 26: Dimensiones y preguntas grupo de discusión padres y/o madres.....	175
Tabla 27: Número de registros de información y de participantes del estudio cualitativo	178
Tabla 28: Sistema categorial empleado para el análisis de la información cualitativa	181
Tabla 29: Términos para definir el rigor científico (Adaptación propia de Sandín (2000))	186
Tabla 30: Estadísticos descriptivos de las variables dependientes antes y después de la intervención. Análisis bivariado.	194
Tabla 31: Estadísticos descriptivos de la variables dependientes antes, inmediatamente después y seis meses después de la itnervención. Análisis bivariado.	196
Tabla 32: Subcategorías emergentes para las habilidades parentales	197
Tabla 33: Subcategorías emergentes para los comportamientos infantiles.....	204
Tabla 34: Subcategorías emergentes para el estrés parental	207
Tabla 35: Subcategorías emergentes para el apoyo social	212
Tabla 36: Triangulación resultados cuantitativos y cualitativos sobre cambios en habilidades parentales	219
Tabla 37: Triangulación resultados cuantitativos y cualitativos sobre cambios en comportamientos infantiles	223
Tabla 38: Triangulación resultados cuantitativos y cualitativos sobre cambios en estrés parental	225
Tabla 39: Triangulación resultados cuantitativos y cualitativos sobre cambios en apoyo social.....	227
Tabla 40: Puntuaciones y porcentaje de mejora en la mediana de habilidades parentales y número y porcentaje de participantes que obtienen mejoras por encima de la mediana. Resultado del análisis bivariado.....	232
Tabla 41: Factores asociados al éxito del PHP. Odds ratios ajustadas (ORa) e, intervalos de confianza del 95% (IC95%)	233
Tabla 42: Puntuaciones y porcentaje de mejora en la mediana de comportamientos infantiles negativos y número y porcentaje de participantes que obtienen mejoras por encima de la mediana. Resultado del análisis bivariado	234
Tabla 43: Factores asociados a la reducción de comportamientos negativos infantiles. Odds ratios ajustadas (ORa), intervalos de confianza al 95% (IC95%) y significación estadística.	235
Tabla 44: Puntuaciones y porcentaje de mejora en la mediana de estrés parental y número y porcentaje participantes que obtienen mejoras por encima de la mediana. Resultado del análisis de frecuencias y bivariado.....	236
Tabla 45: Factores asociados a la reducción de estrés parental. Odds ratios ajustadas (ORa), intervalos de confianza al 95% (IC95%) y significación estadística.....	237

Tabla 46: Puntuaciones y porcentaje de mejora en la mediana de comportamientos infantiles negativos y número y porcentaje de participantes que obtienen mejoras por encima de la mediana. Resultado del análisis bivariado 238

Tabla 47: Factores asociados al aumento de apoyo social. Odds ratios ajustadas (ORa), intervalos de confianza al 95% (IC95%) y significación estadística 239

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Figura 1: Modelo de Dahlgren G. y Whitehead, M. (1991)	42
Figura 2: Modelo de Promoción de la Salud en la población y marco conceptual de determinantes en salud (Hamilton y Bhatti 1996).....	43
Figura 3: Modelo para focalizar en un determinante, un colectivo y un modo de intervención concreto (Hamilton y Bhatti, 1996)	43
Figura 4: Marco conceptual de Determinantes Sociales de la Salud (Comisión on Social Determinants of Health, 2008).....	44
Figura 5: Marco conceptual de los determinantes sociales en salud (Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010)	45
Figura 6: Marco Conceptual de los Determinantes de las Desigualdades en salud a nivel urbano (Borrell et al., 2012)	46
Figura 7: Assesment Framework (Health Department UK, 2000).....	47
Figura 8: Determinantes de la salud infantil y desarrollo del contexto (European Union Community Health Monitoring Programme (Rigby y Kohler), 2002)	48
Figura 9: Perspectivas teóricas del concepto de Parentalidad Positiva. (Elaboración propia, 2013)	51
Figura 10: Modelo procesual de los determinantes de parentalidad (Belsky, 1984)	53
Figura 11: Factores de los que depende la parentalidad positiva (Rodrigo et al. 2010a)	54
Figura 12: Marco conceptual Determinantes sociales de la parentalidad positiva y del desarrollo infantil y familiar saludable (Elaboración propia, 2013).....	75
Figura 13: Modelo de Estratificación social y producción de enfermedades de Diderichsen, Evans y Whitehead (2001)	90
Figura 14: Proceso de focalización de la metodología de investigación evaluativa centrada en la efectividad (Elaboración propia, 2014).....	118
Figura 15: Fases Proceso de Investigación (Elaboración propia, 2014)	130
Figura 16: Grupos implementación PHP (Elaboración propia, 2015).....	136
Figura 17: Fases del procedimiento de adaptación y reducción del instrumento	145
Gráfico 1: Porcentaje de abandono según grupo poblacional en el momento post-test y pasados seis meses de la finalización de la intervención.	165
Gráfico 2: Perfil formativo de los profesionales del estudio cualitativo	180

ABREVIATURAS

ASPB- Agència de Salut Pública de Barcelona
CDC- Centers for Disease Control and Prevention
CIPP- Context-Input-Process-Product
CNUDN- Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño
Cuant- Cuantitativo
Cual- Cualitativo
CSDH- Commission on Social Determinants on Health
CWDC- Children's Workforce Development Council
DOGC- Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya
DSS- Determinantes Sociales de la Salud
DT- Desviación Típica
DUFSS- Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire
GRISIJ- Grup de Recerca en Intervencions Socioeducatives en la Infància i la Joventut
IC- Intervalo de Confianza
M- Median
Mdn- Mediana
N- Número de personas participantes
OMS- Organización Mundial de la Salud
OR- Odds Ratio
ORa- Odds Ratio ajustada
PHP- Programa de desenvolupament d'habilitats parentals per a famílies
PSC- Parental Stress Scale
PSP- Parenting Skills Program for Families
PSE- Posición socioeconómica
Programa Guía- Programa Guía para el desarrollo de competencias personales, emocionales y parentales
RP- Rango promedio
SDQ- Strength and Difficulties Questionnaire
SEQC- Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular
SPBE- Salud Pública Basada en la Evidencia
SPSS- Statistical Package for the Social Sciences
UB- Universitat de Barcelona
UK- United Kingdom
%- Porcentaje
 α -Coeficiente Alfa de Cronbach

INTRODUCCIÓN

*Para escribir antes ha habido que leer.
Empezar a escribir es una consecuencia de haber leído mucho,
es como atravesar el espejo,
como cuando Alicia atraviesa el espejo.
Leer y escribir son actos especulares.
Almudena Grandes.*

Todas las personas tienen una familia que puede ser diferente en cuanto a número, tipo de miembros, origen u otros factores socioeconómicos y culturales. La familia es la primera institución encargada de asegurar el cuidado y el desarrollo físico, psicológico y emocional de los más pequeños, teniendo en cuenta sus necesidades y características.

El primer capítulo describe algunos de los factores que determinan la concepción de familia. Concretamente, son los modelos de estado del bienestar y las políticas de familia. España se caracteriza por un modelo de familia tradicional, conceptualizado como familiarista, con una protección económica a las familias basada en un carácter subsidiario y orientado únicamente a las familias con pocos recursos. La familia nuclear y la extensa, son los principales responsables del cuidado de sus miembros, especialmente de niños y niñas. Las mujeres continúan siendo la principal encargada del cuidado, incluso aunque trabajen fuera de casa.

A continuación, el segundo capítulo describe la estrecha relación entre la salud familiar e infantil, la parentalidad positiva y los determinantes sociales que las condicionan. Asimismo, se recoge la propuesta de marco conceptual empleado en esta investigación. De acuerdo con esto, destacamos el papel clave que la parentalidad positiva juega en el núcleo familiar como estrategia para asegurar el bienestar biopsicosocial de niños y niñas. Este es un concepto relativamente nuevo, que incluye dimensiones tan viejas como la existencia de los seres humanos y su cuidado. A lo largo del capítulo se exploran los elementos que definen la

parentalidad positiva, pero también los factores sociales que determinan su desarrollo.

Seguidamente, en el tercer capítulo se recogen aquellos aspectos relacionados con las estrategias que contribuyen al desarrollo de la parentalidad positiva, ya que pese al papel protagonista de la familia, ésta es la única institución educativa en la que los adultos no reciben una formación específica para mejorar sus competencias y recursos educativos (Máiquez, Rodríguez y Rodrigo, 2004). Es aquí donde se sitúan como claves la *Recomendación Rec (2006)/19 del Comité de Ministros a los Estados miembros de la Unión Europea sobre Políticas de Apoyo al ejercicio positivo de la Parentalidad* y las recomendaciones de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Ambas subrayan que las políticas de promoción de la salud en la primera infancia deben orientarse, entre otros aspectos, al apoyo a los progenitores para asegurar un inicio saludable de la vida. En esta línea, se sitúa la importante y creciente tarea desarrollada a través de los programas grupales de educación parental. Se explora la evidencia científica existente en cuanto a la evaluación de los efectos de dichos programas y los factores determinantes de dichos efectos. La existencia de estos programas en nuestro contexto es incipiente y su evaluación aún más. Este estudio pretende contribuir a dar respuesta a este déficit.

En la ciudad de Barcelona, en el marco de la estrategia “Salut als Barris”, se detectaron necesidades relacionadas con los problemas en la crianza. Tras comprobar que en la ciudad no existían intervenciones sistemáticas y evaluadas para la promoción de las habilidades parentales, se decidió diseñar e implementar el “Programa de desenvolupament d’habilitats parentals per a famílies” (PHP) (Ramos y Manzanares, 2012), adaptado del “Programa Guía para el desarrollo de competencias personales, emocionales y parentales” (Programa Guía) (Martínez, 2009). Éste cumplía con la mayoría de estándares de efectividad recomendados, pero se decidió incorporar mejoras basadas en la evidencia científica revisada. El programa fue inicialmente pilotado, mostrando resultados positivos en su implementación y en sus efectos preliminares sobre habilidades parentales. Fruto de este pilotaje, surgió la recomendación de ampliar el estudio para evaluar su efectividad en condiciones reales, incorporando la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, y en relación, no sólo con las habilidades parentales, sino con otros aspectos relacionados con la parentalidad. Además, esta primera fase piloto fue el punto de partida para la modificación del cuestionario

utilizado para la evaluación de la efectividad del programa. Éste es el punto de partida de este estudio.

El cuarto capítulo, que representa el segundo bloque de esta tesis doctoral, recoge los interrogantes y objetivos de esta investigación. El objetivo principal es evaluar la efectividad del PHP. Éste se concreta en tres objetivos específicos que son:

- Identificar los cambios inmediatos tras la participación en el PHP en el desarrollo de las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social.
- Identificar los cambios en el desarrollo las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social pasados seis meses de la participación en el PHP
- Analizar los determinantes sociales asociados con el éxito del PHP

Para dar respuesta a estos objetivos, el tercer bloque de la tesis describe la metodología de la investigación. Comienza con el quinto capítulo donde se detalla el enfoque y el diseño metodológico que guían este estudio. Este estudio de evaluación se conforma a partir de la interacción metodológica de la investigación evaluativa, de la de salud pública basada en la evidencia y de la investigación de intervenciones. Se emplea un diseño cuasi-experimental antes-después sin grupo control. Se recogen y analizan datos cuantitativos antes, después y seis meses después de la intervención. Asimismo, se recoge y analiza información cualitativa sobre los efectos del programa. Finalmente, los resultados cualitativos y cuantitativos son triangulados en el momento de la interpretación.

Partiendo de este enfoque y este diseño metodológicos, en el capítulo 6 se describen las fases de la investigación. En primer lugar se detalla el contexto de investigación, las características del PHP y del momento en que se encontraba antes del inicio de este estudio y del territorio donde se implementó. También se describe el proceso de construcción del marco teórico definido en el primer bloque. En segundo lugar se detalla el plan de evaluación, el cual representa la hoja de ruta de esta investigación. En tercer lugar se describe el proceso de adaptación, reducción y validación del cuestionario de habilidades parentales que fue necesario para poder desarrollar la cuarta y quinta fases, dedicadas a la descripción de la metodología del subestudio cuantitativo y subestudio cualitativo, respectivamente. En ambos casos se detallan los instrumentos empleados, la población, o participantes y el proceso de análisis empleado. Finalmente, en la sexta fase se define la etapa destinada al cierre de la investigación y la propuesta de recomendaciones e implicaciones futuras.

Este bloque se cierra con el séptimo capítulo, donde se detallan los criterios científicos y éticos que han guiado esta investigación, derivados de las recomendaciones de las dos instituciones implicadas en este estudio- la *Universitat de Barcelona* y la *Agència de Salut Pública de Barcelona*.

En el cuarto y último bloque se describen los resultados y la discusión, las limitaciones, las fortalezas, las conclusiones y las recomendaciones. En el capítulo 8 se da respuesta al primer y al segundo objetivo de la investigación. Se muestran los resultados para cada variable dependiente, y en el caso de las habilidades parentales se incluye también el análisis por dimensiones, para la situación antes, inmediatamente después y seis meses después de la intervención. Para todas ellas se destacan aquellas diferencias significativas. Asimismo, se recogen los resultados de análisis de contenido de los discursos en que padres, madres y profesionales relatan los efectos del programa. Finalmente se expone la triangulación de los datos cualitativos y cuantitativos, y se pone en diálogo con las aportaciones de otros autores.

En el capítulo 9 se presentan los resultados referentes al tercer objetivo. Se recogen los resultados del análisis bivariado y multivariado para las cuatro variables dependientes y las seis covariables, y posteriormente se contrastan los hallazgos con la teoría existente.

Finalmente, en el capítulo 10 se muestran la discusión, las conclusiones, las limitaciones, las fortalezas y las recomendaciones y perspectivas de futuro del conjunto de la investigación

La tesis se cierra con el apartado destinado a las referencias bibliográficas citadas a lo largo de todo el texto, así como un CD donde se podrán consultar todos los documentos anexos.

INTRODUCTION

*To write previously you must read.
Start writing is a consequence of have read,
is like cross a mirror,
as when Alice crossed the mirror.
Read and write are specular events..
Almudena Grandes.*

Everybody has a family which can vary in size, kind of members, origin and other socioeconomic and cultural factors. The family is the primary institution responsible for children's care and psychological, biological and social development, taking into consideration their needs and characteristics.

The first chapter describes a number of factors that determine the concept of family: welfare state models and family policies. Spain has a traditional model, conceptualized as *familiarism*, with an economic protection based on a subsidiary perspective oriented solely to vulnerable families. Nuclear and extended families are primarily responsible for the supervision of their members, especially children and, even though women are increasingly working out of the home, they are still the main caregivers.

In continuation, the second chapter explains the connection between the family and children's health, the positive parenting and social determinants that have an influence. In addition, the proposed conceptual framework of this study is laid out. The main role of positive parenting in the nuclear family is highlighted as a strategy to ensure the bio-psychosocial well-being of children. Whilst this is a relatively new concept it includes dimensions as old as the existence of humans and their care. Along this chapter components that define positive parenting, and the social factors that determine its development, are explored.

Chapter three describes issues related to strategies that promote the development of positive parenting because, in spite of the major role the family plays, it is the only educational institution in which adults do not receive training to improve their skills and resources (Máiquez, Rodríguez, & Rodrigo, 2004). The

Recommendation Rec (2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting, and the WHO European Regional Office guidelines, are identified as key because they highlight the fact that health promotion policies for the early years of childhood should be oriented towards supporting parents to ensure a healthy start in life. In relation to this, the thesis outlines the important and growing tasks developed through group-based parent training programs. Scientific evidence about the effects of these programs and the factors that determine such effects are explored. These kinds of programs are quite new in Spain, and even more so their evaluation. This study contributes to addressing such a deficit.

In Barcelona, within the framework of the *“Salut als Barris”* (Health in Neighborhoods) strategy, needs related to problems with child rearing were detected. As there did not exist any systematic or validated interventions for the encouragement of parental skills it was decided to design and implement the *“Programa de desenvolupament d’habilitats parentals per a famílies”* (PHP) (Parenting Skills Program for families)(PSP) (Ramos y Manzanares, 2012), adapted from the *“Programa Guía para el desarrollo de competencias personales, emocionales y parentales”* (Program Guide for the development of personal, emotional, and parenting skills) (Martínez, 2009) which complies with most of the recommended standards of effectiveness, incorporating improvements based on reviewed scientific evidence. The program was initially carried out as a pilot study, and its implementation and preliminary effects on parenting skills showed positive results. The pilot study led to recommendations for the amplification of the intervention in order to evaluate its effectiveness under real life conditions, incorporating the perspective of the social determinants of health in relation not only to parenting skills, but also to other aspects linked to parenting. In addition, the pilot study represented the departure point for the modification of the questionnaire employed in the evaluation of the effectiveness of the program which resulted in this research.

Chapter four, which shapes the second section of this thesis, includes research questions and aims. The main objective is to evaluate the effectiveness of PSP, and specifically to:

- Identify immediate changes in parenting skills, children’s behavior, parental stress, and social support after participation in PSP.
- Identify changes in parenting skills, children’s behavior, parental stress, and social support six months after participation in PSP.

- Analyze social determinants associated with PSP success.

To answer these aims, the third section describes the research methodology employed. It starts with the fifth chapter where the research perspective and design are detailed. This evaluation study is formed from the methodological interaction of evaluative research, evidence-based public health, and intervention research. A before-after quasi-experimental design without a control group is employed. Quantitative data pre- and post-intervention and at six month follow-up are collected and analyzed. In addition, qualitative information concerning the program effects is collected and analyzed. Quantitative and qualitative outcomes are triangulated for interpretation.

From this methodological design and perspective the different research phases are described in chapter six. Firstly, in phase one the research context and territory, the PSP properties and the theoretical background, the starting point of this study as described in section one, are detailed. Secondly, the evaluation plan is presented in phase two. Thirdly, the adaptation, reduction, and validation of the parenting skills questionnaire which it was necessary to develop fourth and fifth phases is laid out in phase three. The methodology of the quantitative and qualitative sub-studies, including instruments, population, and the analytical process employed are presented in the fourth and fifth phases. Finally, the sixth phase, describes the last stage, which closes the research with recommendations.

This section finishes with the seventh chapter where the scientific and ethical criteria guiding this thesis, according to the University of Barcelona and the Public Health Agency of Barcelona recommendations are laid out.

In the fourth and last section the outcomes and discussion, limitations, strengths, conclusions and recommendations are presented. In chapter eight the first and second research objectives are answered. Each outcome dependent variable is detailed together (global parenting skills and its different dimensions, children's behavior, parental stress and social support) pre- post-intervention and at six months follow-up. Significant differences are outlined. Likewise, content analysis outcomes of the discourses from parents and professionals about the program effects are also shown. Finally, qualitative and quantitative triangulation is presented, and contributions from other authors are contrasted.

Third aim outcomes are presented in chapter nine. The outcome of the bivariate and multivariate analyses for the four dependent variables and the six co-variables are presented and contrasted with other findings.

Evaluación de la efectividad de un programa comunitario de parentalidad positiva. Perspectiva desde los determinantes sociales de la salud

Effectiveness evaluation of a community-based positive parenting program. Perspective from the social determinants of health

Finally, chapter ten contains the discussion, conclusion, strengths and limitations, and recommendations.

At the end of the thesis there is the bibliography and a CD in which annexed documents can be retrieved.

BLOQUE I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En este primer bloque se presenta el punto de partida teórico de esta investigación. Previo al planteamiento y desarrollo de la investigación resulta necesaria la revisión de la evidencia sobre el tema de estudio. En esta tesis, como se ha comentado anteriormente, la gran protagonista es la salud familiar y la intervención para promoverla. El primero es el horizonte final, el final del camino, sin embargo para llegar a él se precisa tener en cuenta los factores que influyen sobre ella.

En primer lugar, se realiza un recorrido teórico sobre la familia en nuestro entorno. Para ello, se analizan las políticas de bienestar y familia como punto de partida para comprender los modelos de familia que existen a nivel europeo, para finalmente acabar aproximándonos al territorio español. Este capítulo pretende situar al lector en el contexto de desarrollo de este estudio y de la implementación de la intervención aquí evaluada.

En segundo lugar, se presenta una revisión sobre el concepto de salud destacando su naturaleza social y los determinantes sociales que influyen sobre ella. Este punto de partida sitúa la familia y la parentalidad positiva como un determinante de la salud de niños y niñas tanto en la etapa infantil como en la vida adulta, así como de la salud de los progenitores. En este capítulo se describen los factores que determinan el desarrollo de dichas habilidades. Finalmente, a través de la propuesta de un marco conceptual sobre los *“Determinantes sociales de la parentalidad positiva y el desarrollo infantil y familiar saludable”*, se finaliza el capítulo mostrando la parentalidad positiva como determinante social de la salud y factor determinado socialmente.

En último lugar, se presenta la evidencia científica sobre las intervenciones promotoras de la parentalidad positiva en general, y los programas socioeducativos grupales en concreto, y su efectividad. Inicialmente, se muestran las diferentes perspectivas teóricas y metodológicas para clasificar dichos programas. Seguidamente se describe el contexto político y social que actúa favoreciendo u obstaculizando el diseño, implementación y evaluación de intervenciones promotoras de la crianza positiva. Posteriormente se realiza una revisión sobre la efectividad de dichas intervenciones. En primer lugar se describen las evidencias que las sitúan como herramientas para reducir las desigualdades sociales en salud. En segundo lugar, se presentan los hallazgos sobre los factores relacionados con la efectividad de los programas. En tercer lugar se

revisan los factores sociales y del propio diseño del programa que diversos estudios han mostrado como determinantes de la efectividad. Y finalmente se concluye el bloque con los principales efectos que los programas socioeducativos grupales han mostrado en las familias.

Capítulo 1. La familia en nuestro contexto

¿Qué sabe el pez del agua donde nada toda su vida?

Albert Einstein

Las definiciones de familia son múltiples, y en nuestro entorno los cambios sociales, económicos y demográficos han ido modificando la concepción de la familia. La *Organización de Naciones Unidas* (ONU) señalaba en 1987 en su artículo 131 que *“La familia debe ser definida como nuclear. Comprende las personas que forman un hogar privado tales como los esposos o un padre o madre con un hijo/a no casado o en adopción. Puede estar formado por una pareja casada o no casada, con uno o más hijos/as no casados o también estar formada por uno de los padres con un hijo/a no casado”*. Se apuntaba entonces ya a una diversidad de tipologías familiares, a la que Rodrigo y Palacios (1998:33) incorporan la dimensión intrafamiliar que condiciona la concepción de familias. Los autores definen la familia como *“la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia”*.

Por tanto, podemos considerar la familia como grupo de personas unidas por fuertes vínculos y con importante carácter identitario para sus miembros, que puede estar constituido de múltiples maneras, pero donde, en caso de existir menores, estos juegan un papel protagonista dado su carácter dependiente y su papel perpetuador de la familia. La familia juega un papel importante en el desarrollo del bienestar de todos sus miembros, y más concretamente en aquellos dependientes como es el caso de adolescentes y niños/as. Pero no sólo la familia en sí misma, y las relaciones intrafamiliares, resultan de interés para entenderla, también los elementos del entorno familiar resultan de importancia. Flaquer (2013) plantea que existen diversos factores contextuales, que a través de su impacto sobre la familia, afectan al bienestar infantil. El autor destaca la estructura familiar, las desigualdades económicas o de mercado, y la distribución de bienestar y las políticas familiares como los factores más influyentes sobre el bienestar

infantil. Resulta clave también el protagonismo que juegan los roles de género en este ámbito. Tanto por su arraigo cultural, como por el soporte institucional a través de diversas políticas (empleo, familia o cuidado), el papel de hombre y de la mujer en el cuidado y bienestar de niños y niñas difiere según los países y condiciona los programas de apoyo parental.

En la actualidad, los modelos de familia son cada vez más diversos y varían dependiendo de diversos factores a lo largo del tiempo y en los diferentes países. Las políticas de bienestar, de familia, mercado de trabajo, así como los valores culturales atribuidos al rol de la mujer, el hombre, la infancia y el estado, son algunos de los factores que se plantean como claves a la hora de comprender los modelos familiares que encontramos en cada lugar y momento histórico.

1.1. Modelos de estado de bienestar

Esping-Andersen (1990, 2000) propone una clasificación de los regímenes de bienestar, es decir, el modo en que se reparte la producción de bienestar entre el estado, el mercado y la familia, que en cierta forma se asocia con el papel que juega la familia en la sociedad. El autor diferenciaba inicialmente entre tres regímenes de bienestar - liberales, social-democráticos y conservadores o corporativos -, teniendo en cuenta el papel que del estado, la familia y el mercado, el modelo de solidaridad predominantes, así como el grado de desmercantilización (grado en que los estados del bienestar debilitan el nexo monetario al garantizar unos derechos independientes de la participación en el mercado). Para todo ello se analizaban aspectos como el porcentaje de asistencia social, de pensiones de origen privado o universal y la gestión del empleo y el desempleo de los países.

Los países anglosajones se consideran como modelos liberales, donde el papel del estado en la provisión de bienestar es mínimo, y queda reducido tan sólo a aquellos individuos en situación de exclusión social, en los que el fallo del mercado los ha dejado en gran desamparo. El resto de las personas deben proveerse individualmente de servicios de asistencia propios y procedentes del mercado. En este sentido encontramos altos porcentajes de pensiones privadas, un papel marginal de la familia y del estado, ya que la solidaridad queda en manos del individuo y supeditada al mercado.

Los países nórdicos (Finlandia, Dinamarca, Suecia o Noruega) se caracterizan por la universalización de los servicios de bienestar, que los asume en su mayor parte el propio estado, distribuyéndolos de forma equitativa entre la población. El planteamiento de estos regímenes es la socialización de los riesgos, a diferencia de la perspectiva que centra la asistencia tan sólo en las poblaciones de extrema

necesidad. Se parte de la consideración de que el estado debe proveer a la ciudadanía la motivación, los recursos y la posibilidad de trabajar. En este régimen el papel de provisión de solidaridad de la familia y el mercado es marginal, recayendo éste en manos principalmente del estado.

Seguidamente están los países de Centro de Europa (Alemania, Francia u Holanda), aunque también el autor hace referencia a algunos del sur como Italia o España, caracterizados porque el estado, u organizaciones asistenciales dependientes de él, ofrecen soporte a la familia a través del sistema de seguridad social, enfatizándose la asistencia social y no los derechos ciudadanos de bienestar. El papel del mercado es marginal en la provisión de bienestar, mientras que el del estado es subsidiario y la familia es la principal fuente de solidaridad. En los países con este modelo, cuanto más arraigada está la figura del “cabeza de familia” beneficiario de la protección social y la percepción de que los cuidados son responsabilidad única de la familia, menos subsidios estatales existen para las familias.

Esta primera clasificación ha sido revisada por el propio autor teniendo en cuenta las críticas recibidas. En primer lugar se considera que la clasificación original de Esping-Andersen propone una visión demasiado estática que hace que los países de referencia para cada modelo no se ajusten siempre del todo. Así, por ejemplo, las políticas de cuidado no siempre se adaptan a la clasificación de los regímenes de bienestar. Muestra de ello es el caso francés, donde el empleo femenino ha sido intensamente promovido por el estado, pese a ser clasificado por el autor en un régimen conservador caracterizado por bajos niveles de empleo remunerado femenino y alta dedicación al cuidado (Pfau-Effinger, 2005a). En segundo lugar, se considera ausente la perspectiva cambiante de los roles de género, ya que la clasificación se basa en un modelo de cabeza de familia masculino. En este sentido debemos tener en cuenta, así como las políticas de apoyo al acceso igualitario de las mujeres al empleo remunerado, y la división sexual del trabajo doméstico y familiar y el papel de la persona sustentadora económica del hogar (Korpi, Ferratini y Englund, 2013; Pfau-Effinger, 2005a).

Teniendo en cuenta estas críticas, Esping-Andersen (1990, 2000) propone una nueva categorización añadiendo tres nuevas categorías: Antípodas, Asia Oriental y Mediterráneo. Centrándonos en el modelo Mediterráneo, en el que se incluye España, queremos destacar las diferencias que encuentra respecto al modelo continental de referencia. Países como España, se caracterizan por una extremada asistencia social residual, derivada de una perspectiva que considera la familia como el punto más importante de provisión de ayuda social que nunca fallará en dicha provisión. La familia es la encargada de producir bienestar, indistintamente de si recibe subsidio o no. Si bien según Esping-Andersen (1990, 2000) los países

del sur europeo presentan algunas diferencias respecto a los del centro- tales como mayor número de horas dedicadas al trabajo no remunerado de las mujeres, o mayor número de jóvenes desempleados o ancianos en el hogar familiar -, no confirma la existencia de un modelo diferencial. El autor considera que España, Italia y Grecia no son más que casos extremos de régimen continental donde se destaca el familismo (Flaquer, 2000). Flaquer (2000) describe los análisis de diversos autores que justifican la existencia del régimen de bienestar mediterráneo o meridional desestimado por Esping-Andersen, precisamente a partir de este papel protagonista del familismo. Éste es entendido como la confianza permanente en la familia, con su solidaridad intergeneracional y su estructura de género, como proveedora de servicios asistenciales y como integradora de medidas para dar respuesta a los ingresos inadecuados.

1.2. Modelos de políticas de familia

La clasificación de Esping-Andersen (1990, 2000), ampliamente instaurada y que plantea una aproximación a la comprensión de los modelos de familia, como hemos avanzado anteriormente, muestra algunas controversias. Por ello, autores como Pfau-Effinger o Korpi proponen, a partir de las aportaciones de Esping-Andersen (1990, 2000), clasificaciones según políticas de familia que consideran los diversos roles de género y la separación de los papeles de la persona sustentadora económica principal del hogar y del responsable del trabajo doméstico y familiar. Este abordaje es indispensable para entender el papel de la familia y la parentalidad como determinantes sociales de la salud.

Debemos destacar que entendemos como políticas de familia, las diferentes medidas públicas de apoyo y atención a las familias como unidades reproductivas, es decir a aquellos hogares donde viven niños/as. Éstas deben orientarse a cinco ejes prioritarios: Facilitar el nacimiento de los hijos/as deseados, impulsar la lucha contra la pobreza infantil, mejorar la conciliación entre responsabilidades productivas y reproductivas, demostrar simbólicamente el valor que la colectividad otorga a la infancia y equiparar el nivel de gasto a nivel europeo (Flaquer, 2000).

Rodrigo, Almeida y Reichle (2014) señalan que en Europa las políticas de familias tradicionalmente han formado parte de otras políticas como las de trabajo, protección social, vivienda, educación o salud. Las autoras plantean que el rol de los estados ha sido, en la mayoría de los casos, actuar sobre las familias en riesgo. Sin embargo, desde los años 90, figura en la agenda de los estados miembros de forma separada y no como parte de otras políticas. Según Hermanns (2014) los factores que han contribuido a esta transición son: (1) la centralidad de los

derechos del niño/a y por tanto el papel del entorno familiar para preservar estos derechos (2) el cambio de una perspectiva pasiva y compensatoria hacia una activa y de empoderamiento de los ciudadanos, con el reconocimiento de la autonomía y de la confianza en sus propios recursos (3) transición hacia una mayor apuesta de las medidas preventivas y de promoción por encima de las correctivas (4) existencia de modelos de familias muy diversos a nivel europeo, teniendo en cuenta los diferentes contextos culturales, que plantean nuevos retos a los que dar respuesta.

Pfau-Effiger (2005a, 2005b) plantea que las políticas de bienestar y familia vienen definidas por la interacción entre los valores culturales del contexto en relación al bienestar, las diferentes instituciones que intervienen en el bienestar de las personas (familia, estado, economía, mercado de trabajo, etc.), la estructura social y los actores sociales.

Teniendo en cuenta este enfoque, para poder entender el papel de la familia, es indispensable considerar los valores que culturalmente se le atribuyen al contexto en el que deben crecer los niños y niñas y las instituciones que deben encargarse de ello. Así como la concepción cultural respecto a quién o quiénes, y de qué modo, deben encargarse del sustento económico familiar. Tomando como referencia el peso de los roles que juegan hombres y mujeres como sustentadores económicos y cuidadores familiares, Pfa-Effinger (2005a), Ferratini (2006), Korbi (2013) y Naldini y Jurado (2013) hacen una distinción entre cinco modelos de políticas de familia. Las características que indican que un país sigue el modelo con un peso protagonista del rol femenino en los trabajos de cuidado, son los servicios de apoyo parciales a los niños y niñas más mayores, prestaciones económicas por matrimonio, pensiones para la cura de los menores en el hogar, entre otras. Mientras que los modelos basados en dobles sustentadores económicos del hogar se caracterizan por la disponibilidad de servicios públicos de atención diaria de jornada completa a la primera infancia y las etapas posteriores, así como por la larga duración, cobertura e ingresos del permiso parental.

Pfau-Effiger (2005a), en primer lugar se refiere al modelo de economía familiar típico de sociedades rurales donde el cuidado no era considerado un trabajo específico y, por tanto, no hay personas que necesitaran habilidades concretas para ello. En segundo lugar, sitúa el modelo de familia tradicional con sustentador económico masculino donde la mujer se encarga del cuidado y de la casa ya que dispone de las habilidades para ello casi de forma natural. El tercer modelo se construye a partir de un sustentador principal económico que continua siendo el hombre, y la mujer dispone de un trabajo a tiempo parcial y desarrolla parte de los cuidados, compartiendo el trabajo de cuidado con servicios externos a la familia.

En cuarto lugar encontramos el modelo de dos sustentadores económicos, donde el trabajo de cuidado está plenamente externalizado en una generosa red de servicios públicos. Y en quinto lugar encontramos el modelo de distribución equitativa entre hombre y mujer del trabajo doméstico y familiar y de sustentación económica, que pueden ser complementadas con la ayuda externa en el cuidado.

No lejos de esta perspectiva, Ferratini (2006), Korpi (2013) y Naldini y Jurado (2013) recogen la perspectiva de Esping-Andersen (2000), proponiendo una categorización de cinco modelos de políticas de familia con ciertos matices. Korpi (2013) plantea la existencia, en primer lugar del modelo nórdico, donde se dan altos niveles de doble entrada de ingresos (masculinos y femeninos), pese a que exista un número significativo de familias basadas en un sustentador económico masculino y una mujer cuidadora. En este modelo, el trabajo doméstico y familiar se encarga de forma importante al estado y hay un importante soporte al trabajo remunerado de la mujer. En segundo lugar sitúa los países continentales, con altos niveles de políticas familiares tradicionales, donde las mujeres se encargan del trabajo doméstico y familiar, existiendo poco soporte a la participación de la mujer en el trabajo remunerado. Finalmente, en tercer lugar se encuentran los países anglo-sajones, orientados al mercado donde el cuidado debe ser asegurado desde el escenario privado y no existen prácticamente servicios públicos para el cuidado de las personas dependientes. Estos países se caracterizan por un fuerte modelo del hombre como sustentador económico principal del hogar y altos porcentajes de mujeres con un trabajo a tiempo parcial de pocas horas y precario. Un cuarto modelo ha sido propuesto por Ferratini (2006) para los países post-comunistas donde mujer y hombre se encargan del sustento económico, y tan sólo la mujer se encarga del cuidado y el hogar. En estos países se siguen manteniendo importantes permisos parentales, aunque los servicios públicos de cuidado a los menores están en transición a un modelo de mercado. Naldini y Jurado (2013) proponen un quinto modelo para los países del sur europeo, como España. Este modelo se caracteriza por la solidaridad familiar. Se extiende el modelo de sustentador masculino para cubrir los derechos sociales de varios familiares dependientes. La mujer se encarga del cuidado con poco apoyo del estado u otros servicios, y su participación en el mercado laboral es baja.

Gianotta, Ortega y Stattin (2013) califican a España como un país de “Familia fuerte”. De acuerdo con esto, las relaciones familiares son cercanas, intensas y con importantes lazos. En países como el nuestro, los hijos e hijas viven habitualmente en casa de los progenitores hasta bien entrada la edad adulta. Esto se explica por la unión en pareja y la cohabitación tardías, y las dificultades para acceder al mercado laboral. Moreno (2002) habla de “familismo” con la familia como sólido ámbito de microsolidaridad, soporte fundamental para la satisfacción vital de los

ciudadanos, más allá de considerar sus recursos como meramente complementarios de los del estado y de la sociedad civil.

Teniendo en cuenta estas políticas de familia y los contextos culturales asociados, Flaquer (2000) señala que España se caracteriza por una protección económica a las familias de carácter asistencial y orientada a las familias con pocos recursos, y una desgravación fiscal a familias de recursos medios y altos a través de aspectos no asociados directamente a la familia (por ejemplo, desgravación de vivienda privada). Las políticas de familia son pasivas y poco desarrolladas, y las políticas públicas recogen explícita o implícitamente un papel central del hombre sustentador económico que se beneficia de derechos y prestaciones económicas que deben revertir en la familia al completo. La mujer, encargada del cuidado, se encuentra en situación desfavorecida en el mercado laboral, debido a que las políticas del promoción del trabajo remunerado femenino no se han acompañada de políticas de conciliación entre vida familiar y laboral. A continuación en la Tabla 1 se muestra una síntesis de las diferentes propuestas de categorización descritas hasta el momento.

TABLA 1: RESUMEN PERSPECTIVAS TEÓRICAS POLÍTICAS Y REGÍMENES DE BIENESTAR (ELABORACIÓN PROPIA, 2013)

Autor	Criterio de clasificación	Variable de clasificación	Clasificación	Características en España
Esping-Andersen (1990, 2000)	Regímenes de Bienestar	Solidaridad predominante Estado, Familia Mercado y grado de desmercantilización	1. Liberal 2. Socialdemócratas 3. Conservadores 4. Corporativo-Continental 5. Mediterráneos (explorado pero no aceptado) 6. Asia Oriental (explorado pero no aceptado) 7. Antípodas (explorado pero no aceptado)	Modelo extremo de régimen continental - Soporte a la familia a través de asistencia social, y no como derecho universal - Familia principal fuente de solidaridad, mercado marginal y estado subsidiario. - Asistencia social residual. Familia encargada del bienestar reciba subsidio o no - Alta presencia de trabajo no remunerado femenino - Alto número de jóvenes desempleados y ancianos en residencia familiar

TABLA 1: RESUMEN PERSPECTIVAS TEÓRICAS POLÍTICAS Y REGÍMENES DE BIENESTAR (ELABORACIÓN PROPIA, 2013) (CONTINUACIÓN)

Autor	Criterio de clasificación	Variable de clasificación	Clasificación	Características en España
Pfau-Effinger (2005a y 2005b)	Políticas de bienestar y Valores culturales: Modelos familiares	Sustentador económico principal y Cuidador familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sociedad rural 2. Hombres sustentador económico único y mujer cuidadora como natural 3. Hombres sustentador económico principal, mujer jornada parcial remunerada y de cuidado 4. Dos sustentadores económicos. Tareas de cuidado externalizadas 5. Distribución equitativa cuidado y trabajo remunerado hombres y mujer, y soporte externo al cuidado. 	
Korpi (2013) y otros.	Modelos familiares	División entre trabajo remunerado y cuidado. Niveles de “modelo de doble ingreso” y “modelo de soporte familiar tradicional”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nórdicos. 2. Continentales. 3. Anglosajones. 4. Post-comunistas. (Ferradini, 2006) 5. Mediterráneos o Meridionales. (Naldini y Jurado, 2013, Flaquer, 2000) 	<p>Sustentador masculino cubre necesidades de familiares dependientes. Mujer cuidadora y con bajo trabajo remunerado.</p> <p>Familia fuerte. Relaciones familiares cercanas, difícil acceso al mercado laboral, cohabitación matrimonial tardía. (Gianotta et al., 2013).</p> <p>Transición modelo de uno a dos sustentadores acentuado por la crisis (Moreno, 2012) o conversión del modelo de solidaridad familiar al de doble sustentador por aumento del soporte a la paternidad (Naldini y Jurado, 2013).</p>

1.3. La evolución de los modelos de familia en España

Pese a la continuidad de un modelo conservador y familista en los países del sur, algunos autores resaltan los cambios de los últimos años. Maldivia (2008) indica que el reconocimiento a nivel legislativo de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, del divorcio, el matrimonio homosexual, pero también las políticas de inmigración, entre otros aspectos, han derivado hacia los modelos de familia actual. Moreno (2012) señala que nuestro país se caracteriza por un modelo económico familiar en transición de un sustentador principal a dos sustentadores, acrecentado por la situación de crisis. Esto es de extrema importancia para los modelos de familia, ya que guarda relación con la tasa de actividad femenina que, aumenta con el nivel de estudios de la madre y se asocia con una reducción en el número de hijos/as por familia. Así, el número de familias monoparentales ha aumentado progresivamente en los últimos años, como también el número de parejas sin niños/as. Asimismo, el número de disoluciones matrimoniales se ha incrementado, mientras que las uniones se han reducido (INE, 2012). Esta panorámica subraya la importancia de que cualquier programa de intervención y soporte parental tenga en cuenta que no se está dirigiendo a un modelo de familia tradicional homogéneo y estático, sino más bien un modelo en cambio constante.

Naldini y Jurado (2013) lejos de atribuir a la crisis los cambios familiares en el estado español, remarcan la importancia de algunos cambios sociales que influyen sobre el modelo familiar, provocando un indicio de conversión del modelo de solidaridad familiar al modelo de doble sustentador o doble entrada de ingresos. Algunos de los factores que las autoras destacan son la reducción de la edad de independencia de los hijos/as; el aumento de la percepción de que la implicación del padre en el cuidado de los niños/as es importante y que el retorno de la madre al trabajo tras el parto no es nocivo para el menor; el aumento de los recursos y de las políticas de apoyo económico a la paternidad/maternidad o el aumento del número de horas dedicadas por los hombres al trabajo del hogar.

Todos estos aspectos resultan claves para comprender el contexto en el que se encuentran las diferentes familias participantes de la intervención familiar aquí evaluada, y por tanto comprender las dinámicas familiares sobre las que se quiere incidir. Para poder fomentar dinámicas intrafamiliares saludables, basadas en la parentalidad positiva, debemos analizar y comprender, como veremos a continuación, determinantes que de forma indirecta o directa guardan relación próxima o inmediata con la parentalidad. Sin embargo, el tipo de parentalidad no es ajena al modelo familiar (Santisteban, Coatsworth, Briones, Kurtines y Szapocznik, 2012), y las perspectivas aquí planteadas nos permiten aproximarnos

a los determinantes sociopolíticos y culturales que los diferentes estados promueven, condicionando los modelos familiares.

De este análisis queda claro que el tipo de familias puede ser diverso, pero fuertemente impregnado por algunos valores culturales y algunas políticas públicas comunes. Resulta clave, para entender y evaluar de forma integral la eficacia de los programas, que los modelos familiares españoles, si bien considerados en transición por algunos autores, están fuertemente basados en la mujer como cuidadora principal en detrimento de sus horas dedicadas al trabajo productivo. La familia juega un papel imprescindible y central tanto en el sustento económico principal por parte del varón, como el cuidado de los diferentes miembros dependientes por parte de la mujer. Asimismo la confianza en la familia por parte de sus miembros y del propio estado es plena, y se espera que dé respuesta sin fracaso al bienestar familiar, ya que los lazos familiares son fuertes y simbólicamente infranqueables. Esto nos puede hacer comprender por qué la mayor parte de las participantes de los programas son mujeres, e ilustra la responsabilidad que pueden sentir estas madres en relación al cuidado adecuado de sus hijos/as.

1.4. La familia desde la perspectiva ecológico-sistémica

El sistema familiar en nuestro país, como hemos visto anteriormente, continúa suponiendo un pilar básico del bienestar y soporte para el cuidado y desarrollo de todos sus miembros. Desde la perspectiva ecológico-sistémica se destaca que la familia está simultáneamente influenciada por factores externos y por factores propios de los subsistemas que la conforman.

Los miembros de la familia se interrelacionan generando buena parte de su desarrollo como personas. La familia es el primer entorno donde se desarrolla la cohesión social. Los valores, las normas, las estrategias de abordaje de las situaciones diarias, entre muchos otros aspectos, son elementos que si bien asumimos a lo largo de la vida desde diversos contextos, en un primer momento acostumbran a adquirirse en la familia. Este estudio plantea como clave el enfoque ecológico-sistémico que, junto con el modelo de DSS que veremos a continuación, nos permite aproximarnos al planteamiento de investigación que sitúa a la familia como núcleo para el desarrollo de niños y niñas, y a su vez como sistema que es determinado por factores del contexto.

Desde la perspectiva sistémica, se considera que la familia es un sistema conformado por diversos subsistemas (fraternal, paternal y conyugal), donde los

cambios en uno de los miembros repercuten en el conjunto del sistema. El sistema familiar debe mantenerse cohesionado y deben existir unos límites que permitan afrontar los desequilibrios internos y los generados por el exterior. Asimismo, desde la perspectiva ecológica propuesta por Bronfenbrenner (1986), los individuos se encuentran inmersos en un conjunto de interacciones de proximidad que conforman los microsistemas (individuo-escuela; individuo-familia). Las interacciones entre los diversos microsistemas establecen el mesosistema (familia-escuela; familia-centro de salud). El exosistema está conformado por las relaciones de un nivel más distal que influyen o delimitan lo que sucede en los microsistemas (relaciones laborales, servicios sociales, etc.). En último lugar, encontramos el macrosistema, que consiste en las creencias o valores culturales que inciden sobre todos los otros sistemas.

Rodrigo y Palacios (1998) consideran que la convergencia del enfoque sistémico con el enfoque ecológico sitúa una concepción de familia como un sistema dinámico de relaciones interpersonales recíprocas, enmarcado en múltiples contextos de influencia que sufren procesos sociales e históricos de cambio.

Capítulo 2- Parentalidad positiva y factores sociales que afectan a la salud familiar

*Si alguien busca la salud,
pregúntale si está dispuesto a evitar las causas de la enfermedad*
Sócrates

A lo largo de la historia y en los diversos territorios, las familias han contado con diferentes tipos de apoyo para desarrollar su función social y asegurar, no sólo la supervivencia, sino la adaptación y desarrollo de su descendencia. Sin embargo ni en todos los contextos dichas estrategias llegan a ser del todo exitosas, ni en muchas ocasiones las estrategias se adaptan al ritmo que las situaciones socioeconómicas cambiantes requieren. Este desequilibrio entre las necesidades y la capacidad de respuesta, pone en peligro el desarrollo adecuado de los niños y niñas. Hemos visto que las políticas estatales y los valores culturales producen grandes diferencias en las dinámicas familiares, promoviendo modelos de familia diversos que afectan al cuidado de los más pequeños. Pero no sólo estas políticas de bienestar y familia son elementos del contexto que inciden sobre el menor, sino que existen otros factores sociales estructurales o intermedios que afectan al desarrollo de niños y niñas.

En un estudio evaluativo sobre una intervención promotora de parentalidad positiva es importante analizar los determinantes sociales de la salud en la infancia, así como en la salud del resto de la familia generando barreras u oportunidades para desarrollar un entorno familiar saludable.

2.1. La salud: un aspecto social

Para poder aproximarnos a los elementos que determinan que la familia en su conjunto, y padres y madres en concreto, desarrollen unas dinámicas saludables, resulta importante adentrarnos en el concepto de salud, los determinantes sociales y las desigualdades en salud.

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS, 1948) definió la salud como el estado de bienestar biológico, psicológico y social. Desde entonces numerosos estudios han analizado los factores relacionados con las diferentes dimensiones de la salud. En los últimos años han aumentado los estudios centrados en el análisis y la conceptualización de los determinantes sociales de la salud (DSS).

La OMS (2011) define los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los DSS son los principales factores que inciden sobre la salud, mucho más que la asistencia sanitaria que solo contribuye en alrededor un 20% a la salud de la población (Wilkinson y Marmot, 2006).

Las desigualdades en salud se han definido como las diferencias en salud entre colectivos que son sistemáticas, injustas y evitables (Dahlgren y Whitehead, 1991). Los principales ejes de desigualdad son la posición socioeconómica, el género, la edad, la etnia y el país de origen. Los determinantes sociales de la salud se distribuyen de manera desigual según estos ejes de desigualdad.

Las desigualdades sociales en salud resultan de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud y la enfermedad que tienen las personas en función de su posición socioeconómica, edad, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente más desfavorecidos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

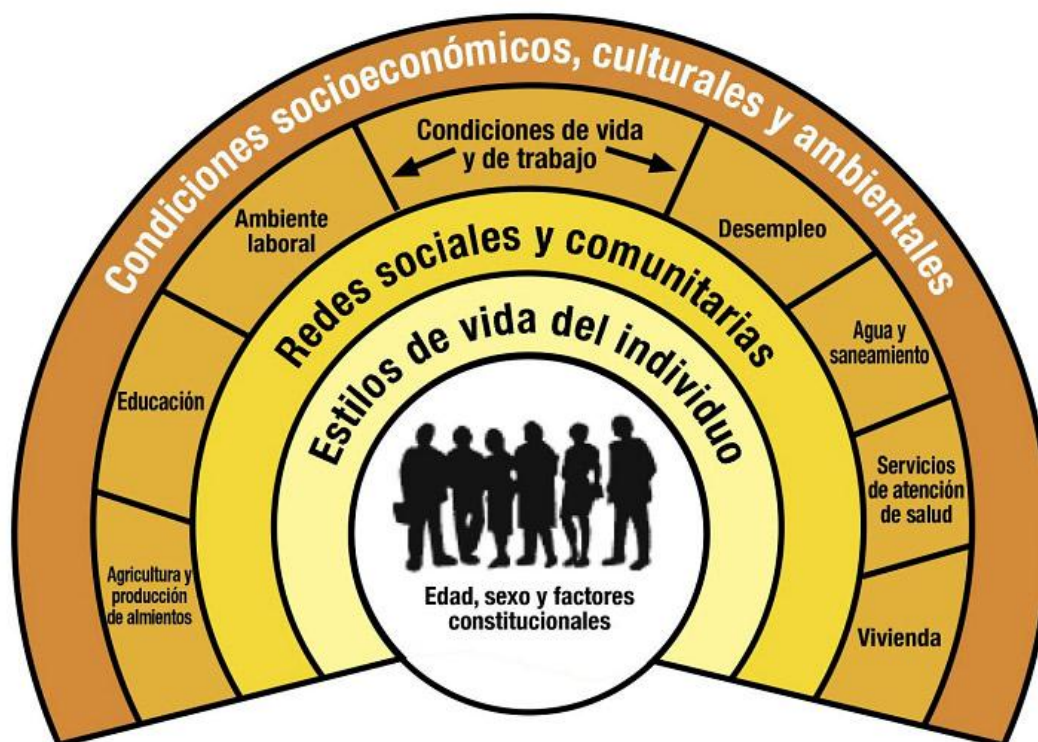
2.2. Modelos de los determinantes sociales y las desigualdades sociales en salud: el entorno familiar como gran ausente

En una revisión crítica sobre la epidemiología social, Kaplan (2004) revisa los diversos modelos de los determinantes sociales y las desigualdades en salud. Señala que los diferentes modelos tienen muchos aspectos en común, entre los que se destacan sus múltiples capas interrelacionadas, que tratan de retratar componentes de procesos complejos relacionados. Asimismo evitan centrarse en un único nivel de influencia, comunmente cercano a los resultados inmediatos. De acuerdo con esto, a continuación repasamos la evolución del abordaje de los determinantes sociales y las desigualdades en la salud.

Si bien el interés por las causas que determinan la salud ha existido desde la antigüedad (Gil, 2001), en la década de los setenta Lalonde (1974) destaca la relevancia de los determinantes de la salud en comparación con el papel de la asistencia sanitaria. Divide los determinantes de la salud en cuatro grupos: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y conductas de salud y asistencia sanitaria. Este análisis sigue el mismo abordaje propuesto por McKeown (1974), que también resalta el papel de los factores ambientales, las vacunas o las condiciones de vida y de trabajo como los principales factores que contribuyen a la salud, por encima del papel de la asistencia sanitaria, cuya contribución es mucho más modesta. Paradójicamente, resaltan estos autores, el presupuesto sanitario se dedica mayoritariamente a los servicios sanitarios. Sin embargo, Lalonde (1974) tiene una visión relativamente simplista de las conductas relacionadas con la salud a las que califica como riesgos autoimpuestos sin tener en cuenta que vienen determinados, en buena parte, por factores contextuales.

En la década de los noventa, Dahlgren y Whitehead (1991) avanzan notablemente en el desarrollo de un marco conceptual de los determinantes sociales de la salud con un modelo de capas interrelacionadas, donde se recogen tanto los aspectos proximales- relacionados con el individuo-, como los distales- relacionados con las condiciones de vida y de trabajo y las políticas. Los factores proximales se ven condicionados por aquellos situados en las capas superiores que resultan determinantes más distales respecto al individuo. De acuerdo con esto, los comportamientos de las personas (practicar ejercicio físico o fumar, por ejemplo) se ven condicionados por las redes sociales que, a su vez, vienen determinadas por aspectos como las condiciones de vida y de trabajo que a su vez dependen de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. Aunque el modelo no incluye la familia de forma explícita, los comportamientos de padres y madres, así como los comportamientos de hijos e hijas, podrían estar al nivel de las redes sociales, influidos por determinantes más distales (Figura 1). Asimismo, los estilos parentales podrían ser considerados, como en el caso del ejercicio físico o el fumar, comportamientos de las personas que se ven condicionados por determinantes de capas superiores. Una contribución importante del modelo de Whitehead y Dahlgren (2001) es la crítica a las perspectivas que consideran que los estilos de vida son una elección libre e individual.

FIGURA 1: MODELO DE DAHLGREN G. Y WHITEHEAD, M. (1991)



Más adelante, Hamilton y Bhatti (1996) proponen un modelo de promoción de la salud basado en los determinantes de la salud (Alberta Servicios, 2011), que si bien con el tiempo ha ido perdiendo vigencia debido a que no planteaba claramente los niveles de actuación y las relaciones jerárquicas, resulta interesante tenerlo en cuenta en esta investigación ya que incluye la familia como un ámbito de actuación equiparable, por ejemplo a la comunidad, aunque no como un determinante social de la salud. Hamilton y Bhatti (1996) proponen un modelo representado por un cubo integrado por nueve determinantes sociales, cinco ámbitos de intervención y cinco estrategias de intervención surgidas de la Carta de Otawa (1986). Si bien este modelo no muestra la interacción entre determinantes, ni su relación jerárquica, incluye de forma interesante los ámbitos en los que se pueden desarrollar las intervenciones, así como los diferentes tipos de estrategias que se pueden utilizar en dichas intervenciones. Estas dos caras del cubo resultan ventajosas para comprender que las intervenciones para mejorar la salud pueden orientarse a núcleos poblacionales concretos, y no siempre son para toda la comunidad o sociedad. Además, el modelo señala que las intervenciones pueden orientarse al cambio de políticas, pero reconoce que en muchas ocasiones la oportunidad y la factibilidad permitirán tan solo abordar niveles menos osados como el desarrollo de habilidades personales o intervenciones de salud comunitaria (Figura 2). Los autores, como se indica en la Figura 3, sitúan la familia como un ámbito de actuación en el que se puede intervenir para abordar el apoyo social, considerado uno de los determinantes sociales de la salud, a través de la creación de entornos

de apoyo. Como ejemplo, plantean que padres y madres pueden fomentar entornos familiares que ayuden a niños y niñas a desarrollar relaciones sociales positivas.

FIGURA 2: MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN Y MARCO CONCEPTUAL DE DETERMINANTES EN SALUD (HAMILTON Y BHATTI 1996)

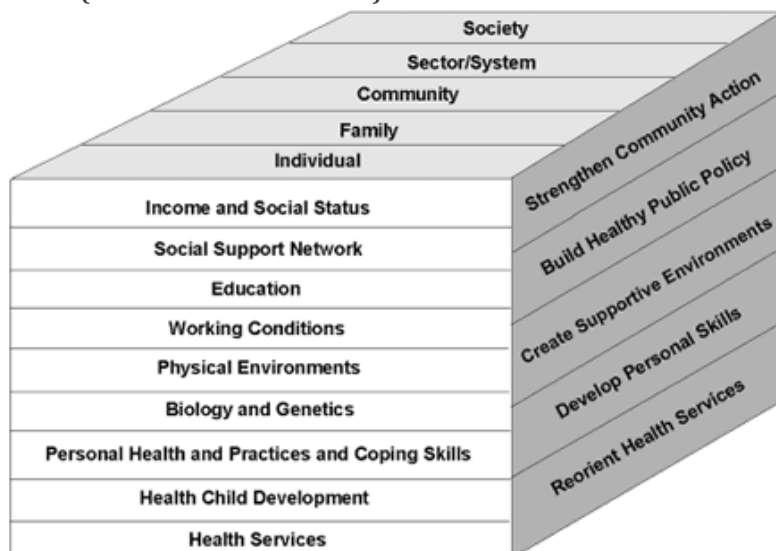
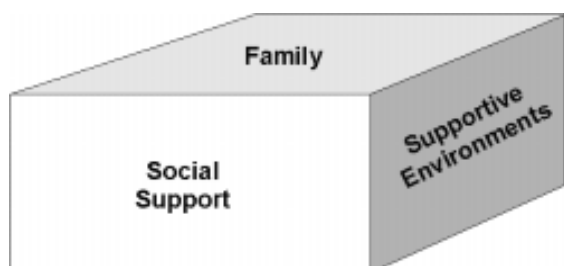
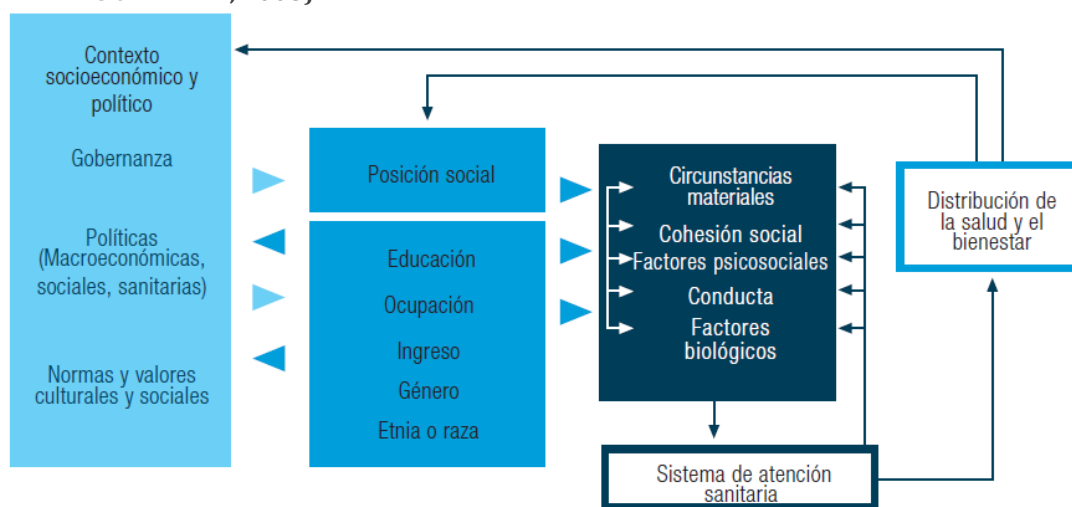


FIGURA 3: MODELO PARA FOCALIZAR EN UN DETERMINANTE, UN COLECTIVO Y UN MODO DE INTERVENCIÓN CONCRETO (HAMILTON Y BHATTI, 1996)



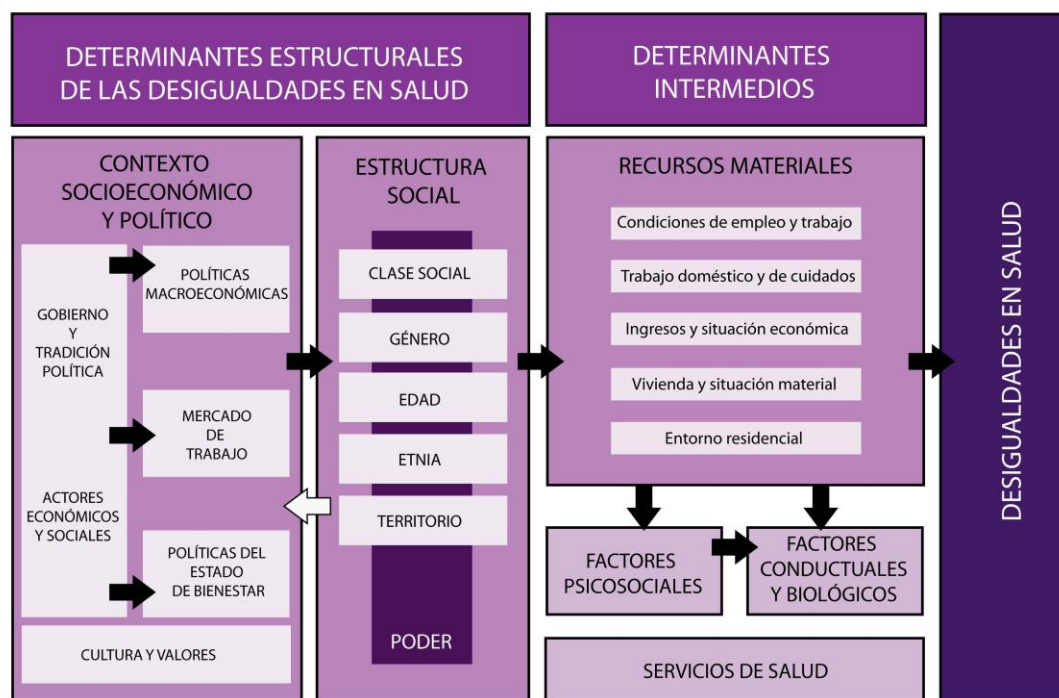
En relación a los modelos anteriores, se ha criticado que no contemplan las desigualdades sociales en salud. En 2005, la OMS supera esta limitación y propone un modelo para explicar las desigualdades sociales en salud que se nutre en buena parte de los modelos de determinantes sociales de la salud (Figura 4). En este modelo, como elemento innovador, se detallan explícitamente los determinantes sociales de las desigualdades en la salud. Se reconocen los procesos que contribuyen a la distribución desigual de los recursos que generan desigualdades en salud. Asimismo, el modelo muestra el rol principal del contexto socioeconómico y político y su papel en la estratificación social. Los autores incluyen unos determinantes intermedios entre los que no se encuentra la familia. Esta es una gran limitación pues, como veremos más adelante, la familia es un determinante social intermedio que condiciona la distribución de la salud de sus miembros, y que se ve afectado por los determinantes estructurales y la posición social.

FIGURA 4: MARCO CONCEPTUAL DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (COMISION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2008)



La Comisión para reducir las desigualdades sociales en España propone un marco conceptual basado en el anterior, pero que supera algunas de sus limitaciones. Una de las grandes aportaciones de este nuevo marco conceptual (Figura 5), respecto al de la OMS (2008) es la inclusión del trabajo doméstico y de cuidados como determinante intermedio, que puede incidir sobre el desarrollo de enfermedades y de salud de modo desigual. Sin embargo, el modelo cuenta con la limitación de no tener en cuenta la división sexual de la esfera doméstica, no solo en relación con el trabajo doméstico y familiar sino también en relación con el papel de la persona sustentadora económica del hogar (Pfau-Effinger, 2005a). Así por ejemplo, Arcas, Novoa y Artazcoz (2012) observan que en España las exigencias familiares se asocian con peores indicadores de salud en ambos sexos, pero los mecanismos para esta relación son diferentes. Mientras que en el caso de los hombres se deriva de su presión como principales o únicos sustentadores económicos, en el caso de las mujeres se explica por la sobrecarga derivada del trabajo remunerado y el doméstico y familiar. Otro avance de este modelo es la consideración también del acceso a la vivienda. Sin embargo, este modelo sigue sin considerar explícitamente el entorno familiar como un determinante intermedio del estado de salud.

FIGURA 5: MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD (COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA, 2010)



Como se indica en el informe de la *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud* (DSS) de la OMS (2008), las condiciones a las que están expuestas niños y niñas durante su infancia- incluida la calidad de las relaciones- son claves para su desarrollo emocional, cognitivo, físico y social. Pese a la importante evidencia científico-teórica del papel determinante del entorno familiar, éste, como hemos visto hasta ahora, está fuertemente ausente de los marcos conceptuales de los DSS y las desigualdades sociales en salud.

Hamilton y Bhatti (1996), como hemos visto, sugirieron en su modelo una concepción de la familia como un entorno sobre el que intervenir, y plantearon el desarrollo saludable del menor como un determinante social de la salud (Figura 2). Sin embargo lo hicieron desde una perspectiva ausente de interrelación jerárquica. La Comisión para reducir las desigualdades en salud en España realizó un gran avance respecto al modelo europeo, situando el trabajo doméstico y de cuidados como un determinante social generador o protector de desigualdades en salud (Figura 6). Pero no es hasta la propuesta de Borrell, Díez, Morrison y Camprubí (2012), que podemos ver descrita en la Figura 6, que se retoma la idea del entorno familiar y doméstico como un determinante más del contexto socioeconómico que incide, junto con otros aspectos, sobre el desarrollo desigual de los diferentes miembros de la familia. Cabe destacar que esta nueva inclusión se produce en el

marco del *Proyecto Ineqcities*, el cual investiga las desigualdades sociales en salud en el ámbito urbano local.

FIGURA 6: MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD A NIVEL URBANO (BORRELL ET AL., 2012)



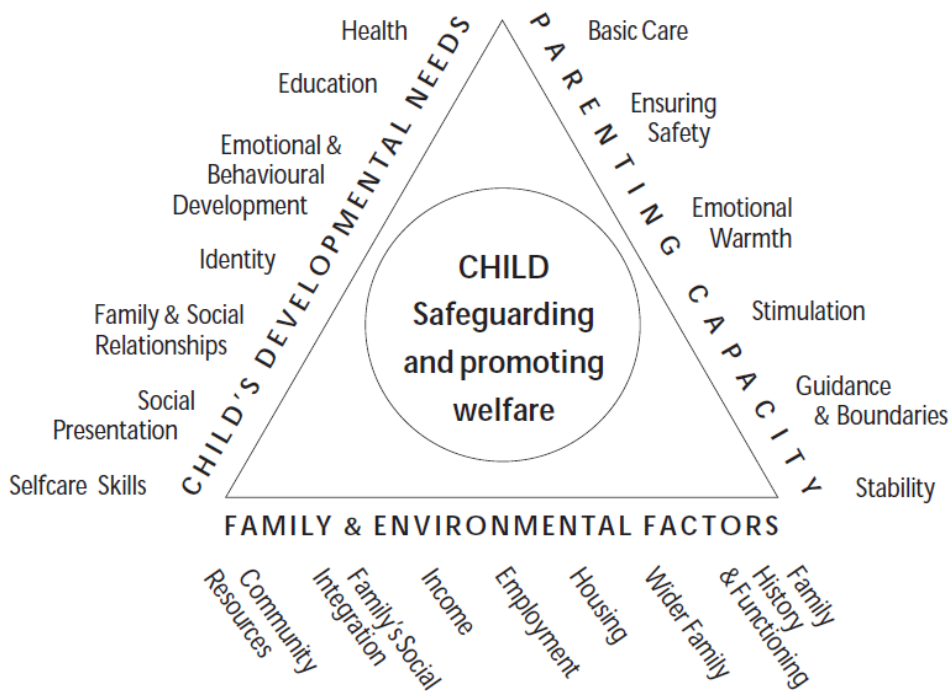
Este marco conceptual representa una importante referencia para conectar el ámbito extrafamiliar con el intrafamiliar. A continuación se explora el papel de la parentalidad positiva como clave en el ámbito intrafamiliar, y a su vez determinado por el extrafamiliar.

2.3. Salud familiar: la parentalidad positiva como asunto clave

El entorno familiar, como hemos visto en el apartado anterior, es el gran ausente de los marcos conceptuales de referencia los DSS y las desigualdes en salud, y tan sólo muy recientemente se ha empezado a introducir la familia como determinante social de la salud (Borrell et al., 2012). Pese a ello, desde la investigación y la intervención en salud familiar se ha avanzado en la sistematización de modelos que identifiquen aspectos del sistema familiar que pueden ayudar aproximarnos a los elementos del sistema familiar, que influyen en la salud de sus miembros, y especialmente de niños y niñas. En esta aproximación resulta clave el desarrollo de la parentalidad positiva.

La propuesta hecha desde el Departamento de Salud del Reino Unido (2000) que se muestra en la Figura 7, nos permite conectar tanto con los factores contextuales analizados en los marcos descritos hasta el momento (vivienda o empleo, entre otros)- y que en esta figura podemos etiquetar bajo el concepto “familia y factores ambientales”-, como también otros factores como las capacidades parentales, o las necesidades del menor. Estos tres aspectos- “Familia y factores ambientales”, “Capacidades parentales” y “Necesidades del menor”- son situados como determinantes del bienestar infantil. Sin embargo, tiene como limitación la falta de consideración de las relaciones jerárquicas y las interacciones entre los determinantes familiares y ambientales.

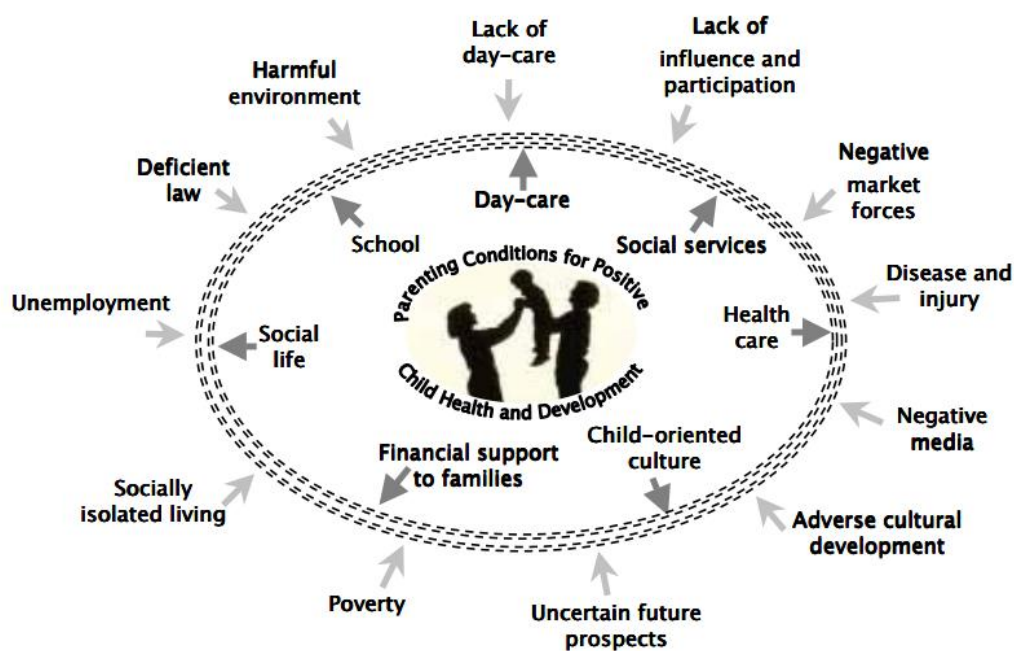
FIGURA 7: ASSESMENT FRAMEWORK (HEALTH DEPARTMENT UK, 2000)



Este modelo ha sido empleado a nivel internacional como herramienta de diagnóstico del bienestar infantil, y está siendo adaptado en diferentes contextos para mejorar su adaptación cultural y ser una estrategia de diagnóstico participativo, a la vez que de diseño y evaluación de intervenciones y planes de caso (Milani, Servati, Ius, Dimasi y Zanon, 2013). Este marco nos permite, además, realizar un esfuerzo de concreción, poniendo en diálogo el bienestar infantil con una de las variables más importantes para su desarrollo: la parentalidad positiva (Smith, 2010). Los factores que aquí se describen en las diferentes aristas del triángulo, como hemos visto anteriormente, son considerados por diversos autores (Belsky, 1984; Rodrigo et al., 2010a) como los elementos condicionantes en la construcción de la parentalidad positiva.

Esta idea del bienestar infantil y de la parentalidad positiva, como determinados por factores contextuales y de capacidades parentales e infantiles es coherente con la propuesta realizada por la *European Union Community Health Monitoring Programme* de la mano de Rigby y Köhler (2002) en el marco del proyecto *Child Health and Indicators of Life and Development* (CHILD) (Figura 8). En este modelo la interacción entre el desarrollo y la salud infantil y la parentalidad positiva se sitúan como elementos centrales afectados por múltiples factores contextuales (desempleo, pobreza o aislamiento social) que modifican dicha interacción. Este marco conceptual recoge los diferentes indicadores de salud propuestos por la comisión europea para valorar la salud de la población, adaptados a la infancia y adolescencia. De acuerdo con esto, se muestran diferentes conceptos, factores, ámbitos o recursos englobados en cuatro bloques de indicadores: (1) los determinantes socioeconómicos y demográficos de la salud del menor, (2) el estado de salud y bienestar del menor, (3) los determinantes de salud, riesgo y protección, y (4) las políticas y sistemas de salud infantil. El modelo pretende ser una herramienta para entender los factores psicológicos, fisiológicos, sociales, domésticos y familiares que inciden sobre la salud y el desarrollo infantil de niños y niñas. Una vez más, a diferencia de la tradición del análisis de los determinantes sociales de la salud, no se tienen en cuenta las relaciones jerárquicas o las interacciones entre los determinantes.

FIGURA 8: DETERMINANTES DE LA SALUD INFANTIL Y DESARROLLO DEL CONTEXTO (EUROPEAN UNION COMMUNITY HEALTH MONITORING PROGRAMME (RIGBY Y KOHLER), 2002)



Estos modelos, poniéndolos en diálogo con los marcos jerárquicos de los DSS que nos aproximan a los elementos contextuales, nos permiten no sólo entender la familia como un determinante de la salud infantil, sino realizar un paso más situando la parentalidad positiva como elemento central en el desarrollo y la salud de niños y niñas.

Los niños y las niñas necesitan vivir en un entorno seguro, protector y acogedor, y por ello el papel que desarrollan los progenitores es clave. Se considera indispensable el apoyo a madres y padres tanto en la fase prenatal como en todas las restantes etapas de la infancia. Tanto los déficits en lectoescritura y en la destreza numérica, como la alta prevalencia de actos delictivos, son consecuencia en buena parte de las experiencias de la primera infancia.

Los comportamientos parentales hostiles o coercitivos se han relacionado con problemas de autocontrol y de agresividad en los menores, mientras que la calidez y la buena comunicación paterno-filial se ha asociado a la percepción de seguridad y confianza de los menores, que mejora su desarrollo (Sanders et al., 2002; Schofield et al. 2012). Diversos estudios muestran la relación entre un enfoque integral y positivo en la crianza, y el desarrollo físico, lingüístico-cognitivo, académico y socioemocional de los niños y niñas en grupos poblacionales con niveles socioeconómicos diversos (Comission on Social Determinants of Health, 2008; Molina et al., 2011; Morrison, Pikhart, Ruiz, y Goldblatt, 2014), y también de los adolescentes (Brown y Iyengar, 2008). Se ha comprobado que las relaciones emocionales inseguras y la carencia de estimulación pueden ser la causa de un bajo rendimiento académico, de un comportamiento problemático y del riesgo de sufrir marginación social durante la vida adulta (Wilkinson et al., 2006), así como de cambios en la estructura cerebral infantil asociados a problemas mentales durante la adolescencia (Whittle et al., 2014). Molina et al. (2011) muestran que los problemas de comunicación en el entorno familiar se relacionan con los embarazos adolescentes y las infecciones de transmisión sexual.

Eshel et al. (2006) evidencia que la falta de capacidad de las madres de observar, interpretar y actuar ante las necesidades del menor se asocia con la ansiedad producida por la falta de seguridad del menor, así como comportamientos disruptivos y agresivos con el paso de los años en el menor. Asimismo, unos adecuados niveles de apego y control maternos han sido asociados con unos niveles más bajos de consumo de sustancias adictivas y de delincuencia en los menores (Byrne y Miller, 2012). Pero no sólo la implicación de las madres es considerada clave en el desarrollo de niños y niñas. Flaquer (2013) plantea que la ausencia del padre es uno de los principales factores de un bajo bienestar infantil. En una revisión sistemática, Sarkadi et al. (2008) muestran los efectos positivos

del compromiso del progenitor masculino en el cuidado de los niños/as. La implicación paterna se asocia con menos comportamientos problemáticos de los niños, y de problemas psicológicos de las niñas. Asimismo, aumenta el desarrollo cognitivo y reduce la criminalidad y las discriminaciones económicas en las familias de bajo nivel socioeconómico. Esta perspectiva ha sido emprendida por algunos autores Lamb (2010) o Marsiglio (1995), mostrando el nuevo modelo de parentalidad masculina que se viene desarrollando desde los años 80 entre la clase media. Sin embargo como hemos podido observar, muchos de los estudios se centran en el papel de la mujer debido a que buena parte del trabajo de cuidado sigue delegándose a las madres. Como señalábamos en los capítulos iniciales, Pfau-effinger (2005a) atribuía parte de los modelos familiares, no sólo a la políticas, sino a los valores culturales en relación a la familia y el cuidado. En este sentido resulta importante evidenciar el papel coprotagonista que deben jugar los padres en el trabajo de cuidado por el bienestar infantil.

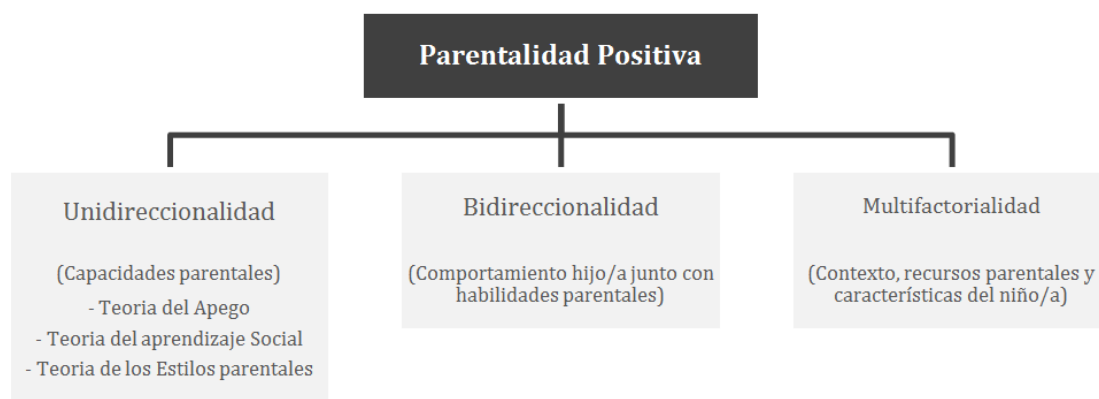
Podemos concluir por tanto, que tanto los modelos como las evidencias científicas muestran que la familia es clave en la salud infantil, y concretamente el rol del padre y/o la madre como sujeto de cambio no es banal, ya que es el principal adulto responsable del bienestar del menor. Sin embargo queremos destacar que existen otros elementos más allá del rol paterno o materno que condicionan la salud infantil y que se aglutinan bajo el concepto de parentalidad positiva.

2.4. Parentalidad positiva y factores sociales que la determinan

La parentalidad es concebida de múltiples modos y no existe un acuerdo respecto a su definición (O'Connor, 2002). La definición más extendida a nivel europeo concibe la parentalidad como el despliegue de las funciones de cuidado y educación de los hijos/as asignada a padres y/o madres (Consejo de Ministros de Europa, 2006). Desde esta perspectiva, cuando al término parentalidad le añadimos el calificativo de positiva, nos referimos a que el comportamiento de padres y madres se orienta al desarrollo pleno del menor a través de la no-violencia, el cuidado, el reconocimiento, la orientación y el establecimiento de límites (Consejo de Ministros de Europa, 2006). Nos encontramos ante una tendencia a modificar la concepción de la parentalidad en clave de autoridad, para referirnos a la responsabilidad parental de asegurar el bienestar y la protección del menor (Daly, 2012). Sin embargo existen múltiples perspectivas que orientan las intervenciones y el abordaje de la evaluación de la parentalidad positiva. El conjunto de elementos que caracterizan la aproximación teórica a la parentalidad permiten identificar tres perspectivas- unidireccional, bidireccional y multifactorial- que si bien resultan cercanas en cuanto a la esencia del concepto,

realizan algunos matices que es importante tener en cuenta (Figura 9). Esta clasificación no ha sido extensamente descrita en la literatura, probablemente porque las tres perspectivas se complementan, y un mismo autor puede realizar aportaciones a diferentes perspectivas, sin embargo, la diferenciación iniciada por Smith (2011) nos parece de gran utilidad para la investigación y evaluación de la parentalidad positiva.

FIGURA 9: PERSPECTIVAS TEÓRICAS DEL CONCEPTO DE PARENTALIDAD POSITIVA. (ELABORACIÓN PROPIA, 2013)



Para Smith (2011) las primeras teorías en investigación sobre la parentalidad sitúan en el centro el comportamiento parental y el desarrollo del menor desde una perspectiva del trabajo de crianza y de socialización. Se percibe el crecimiento del menor como una tarea que depende de los padres y madres. Desde esta orientación existen diversas tendencias para explicar los diferentes aspectos que el padre o madre debe promover unilateralmente en su hijo o hija, para asegurar su correcto desarrollo.

En primer lugar es importante considerar la teoría del apego (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Bowlby, 1982; Cassidy y Shaver, 1999). Ésta se centra en los factores de protección y seguridad, y suele orientarse a la parentalidad durante los primeros meses de vida. La protección ofrecida por padres y madres ante los daños, así como ofrecer seguridad emocional al bebé, han sido asociados a mejores resultados en el desarrollo del menor, y por el contrario un apego inseguro a riesgos psicopatológicos (Scott, 2008).

En segundo lugar encontramos aquella concepción de la parentalidad centrada en el comportamiento y los procesos cognitivos, y en la importancia de que el padre o madre enseñe estrategias a su hijo/a para manejar emociones, resolver problemas o relacionarse con otros (Scott, 2008). Esta es la Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977), y considerar que las experiencias sociales, entre ellas las promovidas por los padres y madres, refuerzan y condicionan los comportamientos de los niños y niñas. Esta perspectiva ha sido relacionada con el

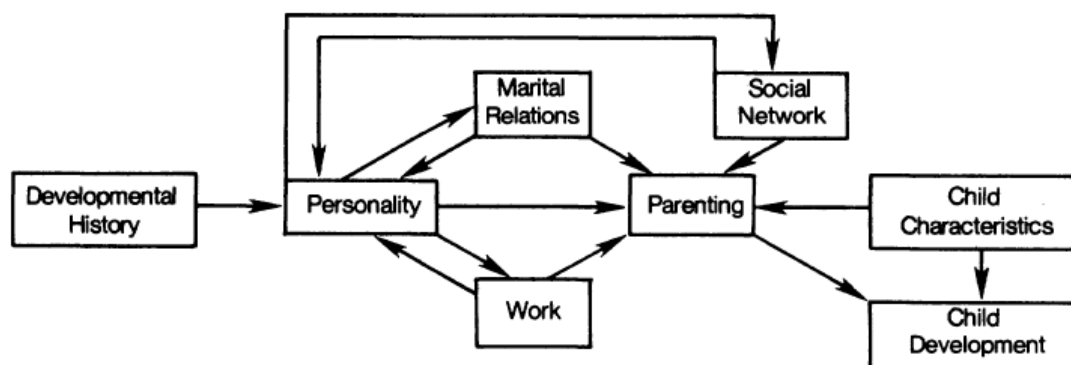
rol parental en niños/as a partir de tres años (Scott, 2008), y las relaciones positivas cuidador/a-niño/a han sido asociadas a reducciones en los problemas de comportamiento de los niños/as (Gardner, 1987).

Finalmente otra perspectiva bastante instaurada, aunque no ha generado intervenciones parentales específicas (Scott, 2005) es la Teoría de los Estilos Parentales (Baumrind, 1971). El principio clave de esta teoría es la calidez parental, en oposición al conflicto, la desprotección y el excesivo control. Este estilo parental positivo denominado asertivo (Baumrind, 1971; Kawabata, Aling, Tseng, van Ijzendoorn y Crick, 2011; Schofield, Jochem, Conger, Conger, Donnellan y Widaman, 2012; Steinberg, 2001), se caracteriza por el establecimiento de normas y de control de modo adecuado para que el niño/a lo entienda, acompañándolo de sensibilidad y afecto, y en el caso del adolescente de fomento de altas expectativas. Este estilo se diferencia del permisivo y del autoritario, bajo en niveles de control y alto en afecto el primero, y alto en control y bajo en sensibilidad el segundo. El estilo permisivo ha sido asociado con la falta de regulación emocional, el aumento de abuso de sustancias, de agresividad y de problemas escolares, mientras que el autoritario se ha asociado a malas relaciones con los cuidadores que generan depresión infantil, y relaciones negativas en la adolescencia con otros iguales.

Las teorías de bidireccionalidad parental (Kuczynski, 2003) dejan atrás esta perspectiva centrada tan sólo en el protagonismo parental y plantean la influencia de los factores del niño/a sobre el padre/madre. El niño o niña debe ser visto no sólo como beneficiario o perjudicado del estilo parental, sino como un determinante de este estilo, y un sujeto activo en la relación paterno-filial. Kuczynski (2003) plantea una transición que deja atrás un modelo unidireccional, situando un patrón donde padre/madre- hijo/a interaccionan con igual protagonismo generando asimetrías interdependientes. El autor conceptualiza este modelo de acuerdo con diferentes posibilidades de interaccionar. Algunas de ellas se centran tan sólo en las causas y las consecuencias de la influencia mutua. Otras hacen especial énfasis en la relación en que ambos esten integrados, y finalmente otras focalizan en la interacción entre los diferentes miembros de la familia y externos a ella (hermanos, abuelos, etc.). Esta perspectiva, ofrece una mirada más compleja sobre la parentalidad positiva que habla de interacciones relacionales, en vez de interacciones entre individuos, e invita a pensar en modelos más dinámicos y complejos donde las causas y efectos del rol parental no derivan de un único factor. Rodrigo, Máiquez, Martín y Rodríguez (2015) justifican esta perspectiva planteando como un padre o madre teniendo las mismas habilidades parentales actúa de modo diferente con un hijo/a que con otro/a, pues la interacción con uno u otro hace que las estrategias sean modificadas.

Finalmente las teorías multifactoriales explican la parentalidad positiva no sólo desde el protagonismo y la interacción paterno-filial, sino también añadiendo el papel relevante del contexto. Belsky (1984) ha liderado a nivel internacional este modelo, empleado por diversos otros autores posteriormente (Bloomfield y Kendall, 2012; Bronfenbrenner, 1986; Respler-Herman, Mowder, Yasik y Shamah, 2011; Schofield et al., 2012; Smith, 2010) planteando que la parentalidad depende de tres determinantes: (1) los recursos personales y psicológicos paternos (personalidad, estado de salud, historia de vida, etc.), (2) las características del niño/a y (3) las fuentes estresoras y/o de apoyo del contexto donde se da la relación paterno-filial (Figura 10). Smith (2010) enfatiza el carácter determinante de los factores históricos (bagaje parental e influencia de modelos parentales previos) y circunstanciales (pobreza y desconocimiento del desarrollo del niño/a). Estas fuentes a las que se refiere Belsky, se conectan con los modelos de DSS que se han analizado en apartados anteriores. Las condiciones de trabajo y empleo, la vivienda, el entorno residencial, los factores psicosociales u otros aspectos, condicionados por la posición social del padre/madre, son los factores que actúan como fuentes de estrés o apoyo en el desarrollo de la parentalidad.

FIGURA 10: MODELO PROCESUAL DE LOS DETERMINANTES DE PARENTALIDAD (BELSKY, 1984)



A nivel español, Rodrigo et al. (2010a) (Figura 11) proponen un modelo cercano al de Belsky (1984), en el que el desarrollo de la parentalidad positiva se encuentra sujeto a múltiples condiciones que se sitúan alrededor de tres ejes: el contexto psicosocial, las necesidades del menor y las capacidades parentales. El contexto psicosocial se refiere a aquellos aspectos del entorno familiar que pueden actuar en doble sentido, bien como factores de riesgo que implican la presencia de estresores que dificultan la tarea de los progenitores, o bien como factores protectores que posibilitan que la familia disponga de capacidades y recursos para superar los elementos estresores. Las necesidades del menor comprenden aquellos aspectos que caracterizan al niño/a dependiendo de la etapa evolutiva y de los trastornos o problemas de salud que pueden modificar su vulnerabilidad.

Finalmente, las competencias parentales son aquellas habilidades y capacidades del adulto que permiten desarrollar el rol parental (autoestima, capacidad de resolver conflictos y buscar apoyos, entre otros.).

FIGURA 11: FACTORES DE LOS QUE DEPENDE LA PARENTALIDAD POSITIVA (RODRIGO ET AL. 2010A)



Esta investigación está planteada desde esta perspectiva, ya que se considera que para construir la parentalidad positiva se deben promover cambios en las competencias parentales, los comportamientos infantiles, así como otros elementos psicosociales como son el apoyo social y el estrés parental. Asimismo, se considera que otros elementos del contexto como la posición socioeconómica o el origen cultural determinan la construcción de dicha parentalidad. Los factores sociales que condicionan el desarrollo de las competencias parentales lo hacen en gran medida a través de mecanismos como la percepción de estrés parental o de apoyo social. Por esta razón es importante, antes de profundizar sobre el impacto de los factores sociales sobre el desarrollo de parentalidad positiva, aproximarnos a otros elementos constituyentes de la parentalidad positiva como son: las competencias parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social.

2.4.1. Competencias parentales

Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne (2008) definen las competencias parentales como un conjunto de capacidades que permiten a los progenitores afrontar de modo flexible y adaptativo la tarea vital de ser padres/madres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos/as y con los estándares considerados como aceptables por la sociedad, aprovechando todas las

oportunidades y apoyos que les brindan los sistemas de influencia de la familia para desplegar dichas capacidades.

Barudy y Dantagnan (2005; 2010) matizan la diferencia entre habilidades y capacidades, y sitúan ambas como parte de las competencias parentales y del desarrollo de la parentalidad. Los autores definen las capacidades como los recursos emotivos, cognitivos y conductuales de los padres/madres que permiten que se vinculen y den una respuesta adecuada a las necesidades de su hijo/a. Plantean la existencia de dos tipos de capacidades: la capacidad de apego y la de empatía. En cuanto a las habilidades hacen referencia a la plasticidad con que los padres y las madres dan una respuesta adecuada y pertinente a las necesidades de sus hijos/as de una forma singular y de acuerdo con sus fases del desarrollo. Estas habilidades son: el modelo de crianza y educación y la habilidad para participar en las redes sociales y utilizar los recursos comunitarios. La primera se refiere a las formas de percibir, comprender y dar respuesta a las necesidades de cuidado, protección y educación. Las últimas sugieren a la capacidad de pedir, aportar y recibir ayuda de las redes familiares y sociales para promover el bienestar infantil. El despliegue de estas competencias debe darse bajo la secuencia de observación, interpretación y actuación ante las necesidades del menor (Eshel, Daelmans, Cabral de Bello y Martines, 2006).

Mowder (2005), en el marco de la Teoría del Desarrollo Parental, realiza una interesante síntesis de las dimensiones de las competencias parentales, que en menor o mayor grado son también referidas por otros autores como Schofield et al. (2012). Se considera que las competencias parentales están conformadas por seis dimensiones: los vínculos, la disciplina, la educación, el bienestar y protección general, la capacidad de respuesta a las demandas y la sensibilidad para captar las necesidades del menor. El primer aspecto considera la capacidad de los padres y madres de establecer vínculos con sus hijos e hijas (estima, amor, mostrar sentimientos). La segunda dimensión se refiere a la capacidad de establecer límites claros y asegurar que los niños/as los asumen. La tercera plantea la necesidad de informar, guiar, enseñar y apoyar en el aprendizaje a los menores. La cuarta dimensión se corresponde con atender a las necesidades básicas y evitar daños en los pequeños. La quinta, considera que el padre o madre debe ser capaz de detectar las necesidades de los niños/as y dar respuestas a sus demandas de atención. Y finalmente la sexta plantea la capacidad del progenitor de adecuar las respuestas paternas a las necesidades de hijos e hijas.

Rodrigo, Cabrera, Martín y Máiquez (2009) estructuran las competencias parentales en cinco categorías de habilidades: (1) educativas, (2) de autonomía y búsqueda de apoyo social, (3) para la vida personal, (4) de organización doméstica

y (5) de agencia personal. Las primeras se refieren a aspectos como la calidez y el afecto, el control o la estimulación en el aprendizaje. Las segundas consisten en la responsabilidad ante el bienestar del niño/a, la visión positiva del niño/a o la búsqueda de ayudas para el desarrollo del rol parental. Las terceras se refieren a la autoestima, el control de impulsos, la resolución de conflictos o la asertividad. Las cuartas se refieren al desarrollo y mantenimiento del orden doméstico. Las quintas se refieren a la autoeficacia parental, el locus de control interno, el acuerdo con la pareja y la percepción ajustada del rol parental.

Esta última habilidad, denominada por Rodrigo et al. (2009) como agencia parental, ha sido especialmente destacada por otros autores. Uno de los elementos claves en cualquier proceso educativo de adquisición de conocimientos y habilidades, es la percepción de la propia persona de poder llevar a cabo lo aprendido. Las actitudes, creencias y percepciones de los progenitores de su rol parental puede producir cambios en el desarrollo del mismo (Smith, 2011). Raikes y Thompson (2005) sugieren que la percepción de autoeficacia o la capacidad parental de sentir que controlan sus vidas y pueden producir cambios, es clave para el desarrollo de un adecuado rol parental. Por tanto vemos que todos estos autores resaltan la importancia de que padres y madres sientan el propio control, es decir, que se sientan capaces de llevar a cabo la tarea parental.

Todos estos principios, lejos de poner en riesgo la autoridad paterna, plantean un tipo de autoridad basada en el respeto y la comprensión. El equilibrio entre la calidez y proximidad en la relación, y el establecimiento firme de un control, de normas y límites claros acompañados de su explicación y fomento de la comprensión, son las dimensiones que marcan una parentalidad positiva (Byrnes y Miller, 2012; Kawabata et al., 2011).

De todo el conjunto de clasificaciones realizadas por diversos autores y diversas perspectivas podemos concluir que entendemos estas competencias parentales, no sólo por las prácticas parentales, sino por las creencias, actitudes y conocimientos (Bornstein, 2013; Power et al. 2013). Asimismo, los componentes de las competencias parentales son múltiples y vinculados no sólo a los aspectos de la relación paterno-filial, sino también a las propias competencias personales. Por tanto podemos referirnos, en primer lugar a aquellos aspectos sobre la propia competencia personal como la autoestima, la autorregulación emocional, el afrontamiento de situaciones de estrés y la demanda de ayuda, entre otras. Y en segundo lugar, a aquellos aspectos relacionados con la relación educativa parental, como puede ser la autoeficacia parental, la comprensión y la adaptación a las necesidades del menor, la regulación de su comportamiento de forma positiva, la

comunicación asertiva, la resolución de conflictos o la organización de la vida familiar y doméstica.

Desde la óptica de la educación para la salud las competencias no sólo dependen de una serie de elementos personales que deben ser potenciados (cognitivos, emocionales/actitudinales y habilidades), sino de unos factores sociales del entorno próximo y del global que condicionan las áreas competenciales personales a las cuales se orientan las intervenciones en salud (Pérez y Echauri, 2013). Cuando estos factores sociales son tenidos en cuenta, es cuando podemos observar como los efectos de la promoción de competencias parentales pueden variar en el desarrollo de una parentalidad positiva que genere bienestar en niños, niñas y progenitores.

2.4.2. Comportamientos infantiles

Armstrong, Birnie-Lefconvitch y Ungar (2005) plantean que las características y comportamientos del niño/a en las diferentes etapas evolutivas guardan estrecha relación con las competencias parentales. Asimismo, Sanders, Turner y Markie-Dadds (2002) refuerzan esta idea, evidenciando que las necesidades de adquisición y aplicación de las habilidades parentales, dependerá en gran medida de las características del niño/a, tales como los trastornos, etapa evolutiva o incluso, según O'Connor (2002), de la condición física, el temperamento, el género o el aspecto físico. Ostberg y Hagekull (2013) consideran que los problemas de salud del niño/a forman parte de los estresores familiares que acaban repercutiendo en el estrés parental y en las percepciones de comportamiento del menor.

Bell y Chapman (1986) mostraron que las conductas infantiles más autónomas generaban prácticas parentales menos directivas, y por el contrario las más dependientes provocaban conductas parentales más directivas. En líneas similares, Hollenstein y Lewis (2006) en sus observaciones de la relación madre-hija en la edad adolescente, evidencian que una perturbación en la relación genera cambios equiparables a nivel emocional y conductual en el otro individuo tanto si proviene de la hija como de la madre. Sears (1951) plantea que si bien en ocasiones resulta difícil determinar si la conducta parental condiciona a la filial, o la influencia es a la inversa, debemos considerar las competencias parentales como resultado de una unidad diádica.

Teniendo en cuenta esta perspectiva, resulta importante poner en diálogo la evolución de la percepción que madres y padres tienen de las conductas de sus hijos/as, con los cambios en sus competencias parentales y otros factores

asociados. Podemos esperar que una mejora en la comunicación parental derive tanto de una estrategia implementada por el padre/madre, como de un cambio de actitud o comportamiento similar en el niño/a. Teniendo en cuenta que entendemos la familia como un sistema, el cambio en una de las partes de este sistema, generará cambio en las restantes partes y el conjunto del mismo.

2.4.3. Estrés parental

El estrés ha sido extensamente conceptualizado y relacionado con la salud de las personas. Se ha situado como un factor clave provocado por las amenazas del entorno (Maunder y Hunter, 2001) y desencadenante de múltiples alteraciones fisiológicas, psicológicas y conductuales que pueden producir grandes deterioros en la salud humana (Sepa, Frodi, y Ludvigsson, 2004) entre las que queremos destacar los efectos sobre niños/as y progenitores (Koch, Ludvigsson, y Sepa, 2010). El estrés vinculado al desarrollo del rol parental se diferencia de las formas de estrés originadas por otros aspectos de la vida diaria, como el estrés laboral (Karasek y Theorell, 1992), y se describe a través de dos dimensiones (Ostberg y Hagekull, 2013): (1) el estrés relacionado con la gestión de las necesidades específicas y del comportamiento del niño o niña, y que genera unas demandas particulares en el padre o madre (cambios al nacer un nuevo hijo/a, hospitalización, etc.) (Ornoz, Alonso-Arbiol y Balluerka, 2007), y (2) el estrés respecto a las percepciones y creencias negativas del propio padre o madre (baja percepción de autoeficacia parental, dificultades de relación en la pareja en el desarrollo de la parentalidad, entre otras.) que se concretizan en una falta de recursos para dar respuesta a las demandas que el rol parental requiere (Liles et al., 2012).

La paternidad es un aspecto importante del desarrollo adulto (Erikson, 1978), pero diversos estudios muestran los posibles efectos negativos de la crianza sobre la salud mental de padres y madres, como por ejemplo sobre el estrés parental (Cowan et al, 1985; Wright, Henggler, y Craig, 1986), llegando a situarse como una de las mayores fuentes de estrés de madres y padres (Bloomfield y Kendall, 2012). La relación entre estrés parental y parentalidad positiva es clara y existen evidencias de que el desarrollo de un rol parental de modo efectivo es consecuencia y causa de un estrés parental reducido. Cuanto más seguros se sienten los progenitores en su capacidad para ser padres/madres, más se reduce el estrés y mejores comportamientos parentales (Bloomfield y Kendall, 2012) y conductas infantiles (Neece, Green y Baker, 2012) se describen. La percepción de autoeficacia en el desarrollo de la parentalidad se asocia al desarrollo de unos recursos psicológicos que permiten afrontar los estresores relacionados con el desarrollo del rol parental (Raikes y Thompson, 2005). Asimismo, los padres y

madres que muestran niveles más altos de estrés o peores capacidades para gestionarlo, tienden a emplear conductas parentales más coercitivas (Burke, Pardini y Loeber, 2008; Respler-herman et al. 2011) y menos positivas (vínculo, educación, disciplina, bienestar y protección general, capacidad de dar respuesta y sensibilidad).

Habitualmente los estudios sobre el estrés, sugieren que las estrategias y recursos de afrontamiento surgen de la interacción entre el individuo y el entorno con el objetivo de manejar el estrés. Estos recursos son tanto creencias ideológicas, salud física, o inteligencia, como apoyo social, relación marital o situación económica. Las tensiones asociadas a determinados grupos sociales son las que determinan cómo ser padres/madres afecta al bienestar psicológico (Umberson, Stormshak y Williams, 2013) y es más frecuente que este tipo de estrés se muestre en las personas en situación más desfavorecida (Ceballo y McLoyd, 2002). Resulta interesante explorar los diferentes factores que sitúan a madres y padres, y a la familia en conjunto, en situación más desfavorecida. Östberg y Hagekull (2013), evidencian la relación entre el estrés parental y los estresores externos, tanto aquellos de tipo demográfico o estructural - niveles bajos de educación, la monoparentalidad, la pertenencia a una etnia minoritaria, la privación económica, el sexo y la edad del menor y la edad de la madre - como aquellos relacionados con las condiciones de vida de la familia -contactos clínicos tempranos, falta de apoyo social, problemas de salud en los menores o los progenitores y acontecimientos vitales estresantes (dificultades para la conciliación de vida laboral y familiar, conflictos en el trabajo o con otros miembros de la familia, desempleo, muertes en la familia, entre otros)-. Estos factores, entre los que las autoras destacan la monoparentalidad, la falta de apoyo social y los problemas de salud parentales, impactan sobre la percepción de incompetencia parental y la dificultad de desarrollar el rol parental, aspectos que conceptualizan como estrés parental. Finalmente se evidencia que los niveles de estrés parental derivados de estos estresores externos, determinan la percepción de problemas de conducta infantil y el ajuste de las mismas.

2.4.4. Apoyo Social

El apoyo social ha sido conceptualizado de maneras diversas y existen diferentes visiones tanto en su definición, como en el proceso seguido en el impacto en salud. Una conceptualización planteada por Cohen y Wills (1985) y Cohen, Gottlieb, y Underwood (2000) y empleada por diversos autores posteriormente (Berkman, Glass, Brissette y Seeman, 2000; Castro, Campero y Hernández, 1997; Respler-Herman et al., 2011; Uchino, 2006) se refiere al apoyo percibido y/o provisto, y el apoyo proveniente de la integración social. Por un lado aquel en que las relaciones

sociales ofrecen recursos emocionales, informacionales o instrumentales en las situaciones de necesidad. En este caso podemos hablar de la provisión o intercambio de estos recursos, o bien de la percepción de disponer de ellos. Y por otro lado, el apoyo social en relación a la integración social, al participar o formar parte de un grupo. Este tipo de apoyo no actúa ante una necesidad concreta como el caso anterior. Armstrong et al. (2005) plantean que las diferentes formas de ofrecer apoyo social son múltiples, pudiéndonos referir al apoyo instrumental, emocional, informacional, ayuda tangible, interacción social positiva, afecto o cuidado. Broadhead, Gehlbach, DeGruy y Kaplan (1988) destacan como relevantes la recepción de afecto y estima (apoyo afectivo) y la posibilidad de disponer de alguien con el que hablar, al que pedir consejo o con el que compartir relaciones sociales (apoyo confidente).

Dependiendo de la fuente de donde procede este soporte, podemos hablar de apoyo formal o informal. Como apoyo formal entendemos la red conformada por los profesionales de las diferentes instituciones (Rodrigo, Martín, Máiquez y Rodríguez, 2007). El apoyo informal es el soporte conformado por las relaciones próximas y de confianza con familiares, amigos y vecinos (Cohen et al., 2000). También el apoyo informal se refiere a la participación en asociaciones, clubs, servicios u organizaciones políticas.

Numerosos estudios han documentado en las últimas décadas la relación entre apoyo social y diversos indicadores de salud. Holt-Lunstad, Smith y Layton (2010) observan que los individuos con buenas relaciones sociales tienen un 50% más de probabilidades de sobrevivir ante situaciones adversas que aquellos que tienen pobre o insuficientes relaciones sociales, siendo este efecto comparable al de dejar de fumar. Los autores sugieren que los profesionales de los diferentes sectores deben promover las relaciones y conexiones sociales, de igual modo que promueven la actividad física, la dieta saludable o el dejar de fumar.

Este modelo permite aproximarnos a una visión del apoyo social en sus múltiples dimensiones, como factor variable según la incidencia de varios determinantes (sexo, edad o pobreza), así como elemento determinante de otros factores asociados a la salud (autoeficacia, búsqueda de ayuda, autoestima o estrategias de afrontamiento).

En relación al perfil determinante de las dimensiones de apoyo social sobre los comportamientos, los factores psicológicos y los elementos fisiológicos asociados a la salud, es importante destacar el carácter mediador que ha demostrado tener sobre el estrés. En primer lugar, y de forma más extensa, se ha relacionado de forma positiva el vínculo entre el apoyo y el estrés. Se considera que el apoyo

permite desarrollar estrategias de afrontamiento más exitosas ante las situaciones estresantes o bien que amortigua el efecto de las circunstancias estresantes reduciendo la percepción de estrés que implican éstas (Berkman et al., 2000; Castro et al., 1997; Cohen et al., 2000; Schwarzer y Knoll, 2007; Uchino, 2006).

De acuerdo con esto, en relación a la práctica parental, algunos estudios evidencian que el apoyo social actúa promoviendo estrategias de afrontamiento, o mejorando la autoeficacia en el ejercicio del rol parental (Rodrigo y Byrne, 2011). Green, Furrer y McAllister (2007) refuerzan esta idea, planteando que disponer de apoyo hace que padres y madres se sientan más capaces de establecer relaciones positivas con sus hijos/as.

Resulta interesante tener en cuenta el origen de estas fuentes de apoyo. Kane, Wood y Barlow (2007) muestran como los sentimientos de aceptación y apoyo de unas familias sobre otras mejoran la percepción de control y la capacidad de desarrollar adecuadamente el rol parental. Leidy, Guerra y Toro (2010) plantean que la falta de conexiones con la familia extensa representa un problema para ejercer el rol parental en las familias inmigrantes. Asimismo las autoras evidencian que, pese a estar en condiciones contextuales adversas, el mantenimiento o establecimiento de conexiones sociales tiene un carácter protector que permite establecer adecuadas estrategias parentales con hijos e hijas.

Asimismo, es importante tener en cuenta que los mecanismos por los que el apoyo social incide sobre el rol parental son variables. Armstrong et al. (2005), muestran que el apoyo social actúa como mediador entre los factores estresantes del contexto y los resultados en el ejercicio del rol parental. Los autores plantean que además el apoyo social ejerce un efecto directo positivo sobre el bienestar de padres y madres, y un efecto indirecto en la calidad del rol parental en tanto que mediador entre el estrés y el rol parental. Pese a esta función amortiguadora positiva del apoyo sobre el estrés, algunos autores han subrayado el efecto negativo que puede ejercer el apoyo social sobre el estrés, generando que las relaciones sociales no sólo no reduzcan los niveles de estrés, sino que añadan situaciones de ansiedad. Esto puede ser debido a la propia angustia que genera la recepción de apoyo de los demás (Bolger, 2000), o porque el apoyo proviene de relaciones perjudiciales o negativas que impiden un afrontamiento adecuado de la situación estresante (Green et al. 2007). En la misma línea de cuestionar los efectos positivos del apoyo social, Raikes y Thompson (2005) plantean que algunas fuentes de apoyo social pueden ejercer un efecto negativo sobre el estrés parental, aumentándolo y dificultando el ejercicio de un rol parental positivo. Esto puede ser debido a que las fuentes de apoyo no sólo no ofrecen asistencia en los problemas parentales, sino que generan críticas en relación a las conductas parentales. En el

caso del apoyo formal, si bien se siguen mostrando sus efectos positivos en el desarrollo del rol parental, existen evidencias de que el apoyo formal puede reducir la responsabilidad parental en el caso de familias multiasistidas (Rodrigo et al. 2007).

En relación con lo comentado anteriormente, Respler-Herman et al. (2011) muestran los efectos del estrés parental sobre el desarrollo del rol parental, pero no observan el carácter moderador del apoyo social de la relación entre estrés parental y el rol parental, como tampoco un fuerte efecto directo sobre el rol parental. Cabe decir que los propios autores destacan que la homogeneidad del grupo (mayoría de familias biparentales, caucásicas y de clase media) podría ser la explicación de los bajos efectos del apoyo social, y sugieren que el carácter mediador del apoyo social sobre el rol parental, podría verse modificado por el tipo de familia (monoparental, personas divorciadas, etc.). Esta idea resulta importante para esta investigación ya que los efectos del programa evaluado exploran la tipología familiar como posible determinante social de la salud. Ostberg y Hagekull (2013) muestran que el apoyo social no actúa como moderador de los efectos del estrés parental sobre los comportamientos negativos infantiles, aunque sí que resulta un predictor totalmente mediado por el estrés parental.

Teniendo en cuenta este panorama de relación entre el apoyo social, el estrés parental y las capacidades parentales, el modelo de Belsky (1984), planteado como referente en el apartado anterior, ofrece una oportunidad de análisis interesante. El autor plantea la existencia de factores que pueden actuar como apoyo o como estresantes para el desarrollo del rol parental. Vemos que esta orientación se acerca a la dualidad de factores protectores o de riesgo, muy empleada en ciencias de salud, y que resulta útil para pensar en los factores que pueden contribuir al desarrollo de la parentalidad positiva o por el contrario dificultarla. Se parte de la consideración principal de que el apoyo emocional, instrumental y las expectativas sociales juegan un papel clave, tanto directo como indirecto, en el bienestar de padres y madres y esto a su vez genera una mejora de la función parental. Cabe explorar sin embargo qué factores conforman esta disponibilidad de apoyo, incluso, como hemos visto anteriormente, pudiendo salir fortalecidos de situaciones estresantes diversas, y qué circunstancias convierten este efecto positivo del apoyo, en una cadena de estrés y por tanto, de dificultades para el desarrollo parental.

De acuerdo con esto, resulta importante explorar el papel que juegan diferentes factores sociales, tanto un determinante intermedio como es el entorno y estructura familiar, como los ejes de desigualdad, actuando como elementos que

condicionan el desarrollo de estos cuatro elementos esenciales de la parentalidad positiva.

2.4.5. Factores sociales que determinan la parentalidad positiva

Como hemos mostrado anteriormente, la familia puede considerarse como un determinante social intermedio, que se ve afectado por otros determinantes y se relaciona con los ejes de desigualdad de los modelos conceptuales comentados con anterioridad. Hemos avanzado que, de acuerdo a los modelos multifactoriales de parentalidad, éste se construye a partir del equilibrio entre las competencias parentales, las necesidades y comportamientos del menor y los factores psicosociales como el apoyo social y el estrés parental. Ahora vamos a centrarnos en el impacto de los diferentes factores sociales que analizamos en esta investigación, que impactan sobre el desarrollo de parentalidad positiva.

El modelo epidemiológico socioestructural describe que las personas nos encontramos en una posición social que nos sitúa ante una serie de oportunidades, demandas y restricciones que debemos afrontar en el día a día haciéndonos sentir más o menos estresados (Umberson et al. 2013; Umberson y Williams, 1999). A esta idea podríamos añadir también el sentirnos más o menos apoyados. Como hemos visto en apartados anteriores, la posición social viene determinada por los determinantes sociales estructurales, y estratificada por ejes de desigualdad como la etnia, el territorio, el género, la edad y la clase social. Asimismo existen diferentes determinantes intermedios que condicionan nuestros estilos de vida. En esta investigación incluimos la estructura familiar como un factor social que determina la salud. Lejos de ser un eje de desigualdad, es un determinante social de la parentalidad de especial interés para esta investigación.

Flaquer (2013) considera que los déficits del capital social, cultural, material, personal o emocional en padres y madres ponen en riesgo el bienestar infantil. Situamos por tanto al padre o madre en el centro del análisis en tanto que es el beneficiario directo de la intervención aquí evaluada.

2.4.5.1. Posición socioeconómica

La clase social se refiere a la posición estructural que ocupan los diferentes individuos dependiendo del rol que desarrollan, en cuanto a la fuerza de trabajo y las propiedades en las relaciones económicas. Éste es un eje de desigualdad que determina las oportunidades y riesgos sociales y en salud de los que dispone una persona, dependiendo de la posición que ocupa. La posición socioeconómica es

conceptualizada como la expresión lógica y material de la clase social. Krieger (2001) define el concepto como los factores sociales y económicos que influyen en la posición que los individuos o grupos tienen sobre la estructura social. El término posición socioeconómica (PSE) es más empleado en salud pública, ya que permite referirse a diferentes niveles (individual, familiar y territorial), a las diferentes etapas de la vida, y medirse mediante variables cuantificando datos como el nivel de estudios, el tipo de trabajo y el nivel de ingresos (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, y Davey Smith, 2006a).

Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, y Davey Smith (2006b) muestran como para cuantificar este concepto se emplean múltiples clasificaciones. Una primera clasificación puede ser según si el individuo es trabajador manual o no manual. Sin embargo esta clasificación tiene limitaciones para atribuir la clase social a las personas que no tienen un trabajo remunerado. El nivel de estudios se ha empleado también como indicador para medir la PSE, ya que puede aplicarse a todos los adultos y es una medida más estable a lo largo de toda la vida que otro tipo de medidas de estratificación social (Arber, 1991; Arber, 1997).

Teniendo en cuenta este punto de partida, son múltiples los estudios que han mostrado evidencias de la existencia de un gradiente en la relación entre la PSE y la salud. Las personas de PSE desfavorecida tienen peores indicadores de salud que las personas de clases más pudientes. Y es interesante analizar este aspecto en el caso de las competencias parentales y los resultados de salud asociados a los miembros de la familia. Galobardes et al. (2006a) muestran que dos de los principales indicadores socioeconómicos relacionados con la salud infantil son el nivel de estudios y la ocupación de los progenitores. Barriuso-Lapresa, Hernando-Arizaleta y Rajmil (2012) identificaron un gradiente social en la salud infantil en un estudio realizado en España. Mostraron que los niños/as cuyas madres tenían estudios primarios o secundarios presentaron peor salud mental que los que hijos/as de madres universitarias.

En consonancia con estos hallazgos, Kato, Brooks-Grun y Duncan (1994), muestran que los recursos familiares, como el nivel de estudios o los ingresos, se asocian con la disponibilidad de apoyo social y las estrategias de afrontamiento de padres y madres, así como con los comportamientos de éstos con sus hijos/as. Raikes y Thompson (2005) confirman estos hallazgos evidenciando que las familias en riesgo (bajo nivel de estudios, entre otros aspectos) muestran niveles de estrés parental más elevados, que pueden ser contrarrestados por la percepción de autoeficacia parental.

Estos resultados hacen pensar en la idoneidad de identificar si PSE, a través del nivel de estudios, es un factor predictor del éxito en la intervención.

2.4.5.2. Género

El género se refiere a un constructo social basado en las convenciones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres, dinámico y reproducido por los comportamientos de las personas y grupos. Se diferencia del sexo, ya que este se refiere a las características biológicas diferentes en hombres y mujeres (Borrell y Artazcoz, 2007). Teniendo en cuenta este aspecto, es importante aproximarnos al papel que juegan las desigualdades de género en la distribución de los roles familiares, y consecuentemente en sus efectos sobre las competencias parentales.

Parte de las desigualdades de género han quedado claramente explicitadas en el apartado inicial de políticas familiares diferentes a nivel internacional. De las evidencias mostradas en dicho apartado, resulta importante rescatar la división sexual del trabajo que, tanto por efecto de las políticas como de los valores culturales, tiende a depositar en mayor medida en manos de la mujer la responsabilidad del ejercicio de la parentalidad. Hemos visto que existen diferencias entre los países europeos, en cuanto al papel que el estado o el mercado juegan junto a la familia en la provisión del bienestar de las personas. Las mujeres siguen siendo las protagonistas del cuidado de las personas, incluso en los países como los del Norte de Europa, en que la crianza y el cuidado de las personas queda en buena parte compartida entre padres y madres, debido al importante papel del estado tanto en la presencia femenina en el mercado laboral, como en la provisión de servicios universales de cuidado. Pese a la entrada masiva de las mujeres en el mercado laboral, ellas continúan asumiendo la mayor parte del trabajo doméstico y familiar, incluso cuando los dos miembros de la pareja trabajan (Saulnier, Bentley, Gregor, McNeil, Rathwell y Skinner, 1999). Además, las madres acostumbran a encargarse en mayor medida de las tareas rutinarias (dar de comer, bañarse, vestir, por ejemplo) que implican mucha mayor intensidad y rigidez. Por el contrario, los hombres dedican la mayoría de su tiempo parental a actividades muchas flexibles y gratificantes como jugar o leer (Offer, 2014).

Esta distribución de roles tiene efectos sobre el desarrollo de las competencias parentales tanto de modo directo como indirecto. Crosnoe y Cavanagh (2010) muestran que la incorporación de las mujeres al mercado laboral durante el primer año de vida del niño/a tiene pequeños, pero duraderos efectos negativos sobre los comportamientos y el desarrollo cognitivo del menor. Sin embargo, estos efectos negativos quedan superados, y se muestran efectos cognitivos positivos en los niños y niñas de 2 a 3 años con madres empleadas en comparación con los

hijos/as de mujeres que son amas de casa a tiempo completo. Las ganancias en el desarrollo cognitivo infantil son evidentes en los casos de madres con trabajos remunerados y un soporte (en ingresos o apoyo) provenientes de los servicios sociales. En este sentido, Chase-Lansdale et al. (2003) muestran que, si bien la incorporación al mundo laboral de las madres solteras de bajos ingresos no se ha asociado a resultados en sus niños/as, si que se han mostrado evidencias de sus efectos positivos en hijos/as adolescentes.

Sin embargo estos efectos también resultan mediados por el bienestar de madres y padres. Borrell y Artazcoz (2007) muestran que las mujeres empleadas perciben mejor estado de salud que las amas de casa. Esto se asocia a la capacidad de decidir, la autoestima, el apoyo social de otras personas, la independencia económica y la potenciación del rol, sin embargo esta afirmación no es tan clara en el caso de las mujeres madres. Se ha señalado que entre las madres los beneficios del trabajo remunerado para la salud se limitan a las jornadas parciales (Bartney, Sacker, Firth y Fitzpatrick, 1999) o a las madres con niveles de estudios altos (Artazcoz, Borell, Benach, Cortés y Rohlfs, 2004). Estas evidencias son importantes porque, si bien el trabajo remunerado femenino resulta saludable, la sobrecarga entre trabajo productivo y reproductivo que asumen frecuentemente muchas mujeres, representa un conflicto entre las demandas del trabajo remunerado, el no remunerado y el tiempo de ocio dedicado a ellas que puede tener un impacto negativo sobre su salud (Artazcoz, Borell y Benach, 2011). Esta situación se presenta notablemente en las mujeres trabajadoras manuales y las de bajo nivel de estudios, debido a la tensión económica en la que suelen vivir, y que junto con la falta de tiempo para el desarrollo de los dos trabajos, genera peores resultados y comportamientos de salud asociados a las cargas familiares y al cuidado de los hijos/as (Artazcoz et al., 2004; Artazcoz et al., 2011).

En este sentido, Crosnoe y Cavanagh (2010) plantean que las condiciones de trabajo de la madre, a través de los efectos del trabajo sobre la salud materna, son fundamentales para explicar los efectos negativos o positivos sobre el hijo/a. Los trabajos remunerados femeninos no estandarizados, en turnos cambiantes o en horarios nocturnos o de fin de semana, tienen efectos sobre el bienestar de la trabajadora, y por consiguiente se asocian a una dificultad en la organización familiar, las relaciones familiares de calidad y la cercanía madre-hijo/a. Waldfogel, Wen-Juin y Brooks-Gunn (2002) muestran que el llegar a casa fatigada o estresada implica que la madre se encuentre menos capaz de desarrollar relaciones cálidas y enérgicas con su hijo/a, cosa que influye negativamente sobre su desarrollo.

Esta distribución de roles también ha generado efectos sobre el bienestar y el rol parental de los hombres. Como se ha mostrado anteriormente, en los países con

modelos de familia tradicional se atribuye a los hombres el rol de sustentador económico. España es un país con un modelo de familia tradicional. De acuerdo con esto son pocos, aunque crecientes en los últimos años, los estudios sobre programas de parentalidad positiva o sobre los determinantes de la parentalidad que tienen en cuenta el papel masculino en esta tarea. Flaquer (2003) y Sarkadi, Kristiansson, Oberklaid, y Bremberg (2008) muestran los efectos positivos de la implicación paterna masculina en la educación y la crianza.

Los padres acostumbran a trabajar más horas en el mercado laboral y a disponer y/o utilizar menos que las madres las estrategias de conciliación, como la flexibilidad laboral, los permisos de paternidad o el trabajo a tiempo parcial (Allen y Daly, 2007), y de otras oportunidades para implicarse en la crianza de sus hijos/as, que las madres. Flaquer (2013) muestra que una de las estrategias integrales que se han asociado a la mejora del bienestar infantil, es el establecimiento de políticas que favorezcan el equilibrio entre padres y madres en el cuidado infantil y juvenil. Entre estos aspectos destacan los permisos de paternidad que en países donde se aplican desde hace años, los padres, especialmente de niveles educativos más altos, emplean ocho veces más tiempo que hace 30 años al cuidado de sus hijos/as.

Pero las dificultades en el ejercicio del rol parental masculino no sólo se muestran en estructuras familiares biparentales que comparten residencia. En el caso de los hombres divorciados, las dificultades de los padres a involucrarse y participar de la educación de sus hijos/as han sido asociadas con altos niveles de estrés (Bastais, Ponnet y Mortelmans, 2012).

De acuerdo con lo expuesto hasta el momento no sólo las intervenciones de promoción de una parentalidad positiva deben tener en cuenta estas desigualdades de género para llegar tanto a madres y padres, sino que cabe analizar dichas inequidades a la hora de evaluar los programas de apoyo parental. Asimismo, en este estudio se explora el sexo como un factor predictor del éxito en la intervención.

2.4.5.3. País de origen

La OMS (2010) plantea que el movimiento poblacional entre países influye sobre el desarrollo económico, laboral y de la salud de las personas. Las personas que emigran se enmarcan en un complejo entramado de relaciones y determinantes, incluyendo su entorno próximo como el familiar, en que juegan un papel importante tanto factores del país de origen como el de destino. Estos factores junto con todos aquellos propios del momento migratorio (edad, ley vigente,

disponibilidad de ingresos, estado de salud, entre otros), marcarán el desarrollo biopsicosocial del individuo y su familia durante el resto de su vida (Acevedo, Sánchez, Viruell y Almeida, 2012). Así, los motivos que llevan a una persona a emigrar condicionan su desarrollo como persona. Por ejemplo, dichos autores muestran que la migración voluntaria es propia de personas con mejor estado de salud o más resilientes.

Asimismo, el momento vital en que una persona emigra ejerce unos efectos diferentes a los de las personas no-migrantes de ambos países a lo largo de su curso vital y el de su descendencia. En relación a esto, se han mostrado evidencias de hábitos alimentarios distintos entre los niños y niñas emigrados en el periodo infantil (McKay, Macintyre, y Ellaway, 2003) que pueden explicar los más elevados niveles de obesidad detectados en los que emigraron en los primeros años de vida. Asimismo, el proceso de aculturación no se da siempre del mismo modo, ya que en algunos casos los inmigrantes asumen conductas de salud negativas a su llegada al país de recepción, mientras que en otras ocasiones muestran conductas más saludables que sus compañeros de origen no inmigrantes. Baluja, Park, y Myers (2003) muestran que la mayoría de inmigrantes a su llegada a los EEUU muestran menos consumo de tabaco que sus compatriotas que residen en el país de origen, sin embargo esta situación es opuesta en el caso de los inmigrantes asiáticos. Por otra parte, Viruell-Fuentes (2011) identifica que el apoyo material y emocional de los inmigrantes con sus comunidades de origen puede tener un impacto positivo en su salud, ya que ayuda a contrarrestar los efectos negativos de no sentirse incluido en la sociedad de acogida. Esta perspectiva transnacional, fundamentada en el análisis social y estructural, debe ser complementada con el habitual modelo de aculturación que enfatiza los procesos culturales diversos vividos por los individuos migrantes.

Cultura y procesos socioestructurales convergen y deben ser tenidos en cuenta en las intervenciones de salud pública y de promoción y educación para la salud. Las prácticas parentales y las relaciones familiares debido a su carácter intensamente situado en la esfera privada son aspectos que pueden caracterizarse por un gran arraigo cultural. La interacción entre una cultura mayoritaria autóctona con mayor poder con otras múltiples culturas o étnias minoritarias, debe ser explorado para valorar los efectos de una intervención promotora de parentalidad positiva. Asimismo, el proceso migratorio que en ocasiones hace que madres y padres deban dejar atrás durante algunos años sus responsabilidades parentales, también juega un papel importante en la salud de madres y padres (Acevedo et al., 2012), y probablemente también en sus hijos/as tanto en el momento de la separación como en el del reencuentro.

Bornstein (2013) subraya que los valores, ideas, convenciones, comportamientos y representaciones simbólicas que conforman cada cultura, marcan las creencias y en consecuencia los comportamientos y prácticas parentales. De acuerdo con esto, tanto las prácticas parentales desarrolladas por padres y madres, como los resultados de salud en niños y niñas, varían dependiendo de los patrones culturales que los rodean. Así por ejemplo, las madres americanas esperan de sus hijos/as una rápida adaptación y competencia verbal, y en consecuencia fomentan espacios de contacto físico y verbal y autonomía. En cambio, las madres japonesas esperan de sus hijos e hijas un rápido poder de control, de desarrollo emocional y de cortesía, y en consecuencia fomentan mucho la dependencia y la cercanía madre-hijo/a. Asimismo, en relación con familias que han sufrido un proceso migratorio, el autor muestra evidencias diferentes, en función de la cultura de origen, sobre la adaptación y la adquisición de prácticas parentales similares a las de la sociedad de acogida. Las madres japonesas han mostrado un mayor arraigo cultural de las prácticas parentales de origen que las madres sudamericanas. Finalmente, debemos tener en cuenta que las prácticas parentales no son entendidas del mismo modo a nivel mundial. De acuerdo con ello, la disciplina o lo que representa una práctica punitiva no tiene el mismo valor en la sociedad americana que en la sociedad afroamericana, y esto condiciona la autoevaluación de la práctica parental y sus efectos.

De acuerdo con lo planteado, Molina, Pastor y Violant (2011) muestran como el origen cultural determina el tipo de comunicación existente en el entorno familiar. El tipo de relaciones, así como el modo de expresarse y de resolver cuestiones educativas y de desarrollo infantil, difiere en función del origen cultural y entra en interacción con la cultura de los países de acogida. Así por ejemplo, la comunicación con los hijos/as adolescentes sobre aspectos como la salud sexual, difiere según la étnia o la cultura y por tanto también la capacidad de ser empático o asertivo. Este aspecto es clave en la promoción de las habilidades parentales, ya que ésta no puede ser planteada alejada de las percepciones y hábitos instaurados previamente en las familias en función de la trayectoria personal. Para avanzar más en la exploración que el país de origen puede ejercer sobre la parentalidad positiva, Leidy et al. (2010) plantean que el proceso migratorio y la aculturación se relacionan con prácticas parentales negativas, causadas por el estrés y que pueden ser contrarrestadas por el apoyo social informal y el apoyo social formal (mejor relación y soporte de la escuela). En este sentido, cabe destacar que la falta de apoyo social puede ser vista como más nociva en ciertas culturas como la latina, debido al fuerte valor que tradicionalmente se le asocia.

La separación física durante un periodo de tiempo de padres/madres e hijos/as requiere una fase de adaptación en el momento de la reunificación familiar, donde

las habilidades parentales juegan un papel clave. La etapa evolutiva del menor ha variado desde que ambos se separaron, el rol parental hasta el momento ha sido ejercido por otra figura adulta, y otros aspectos relacionados con esta época de separación juegan un papel importante en el restablecimiento de la dinámica de crianza. Festinger (1996) observa una relación entre el éxito del retorno al hogar y las habilidades parentales para gestionar la comunicación con sus hijos/as, entender la etapa evolutiva en que se encuentran y establecer una disciplina equilibrada.

Estas diferencias culturales, por tanto, deben ser tenidas en cuenta en la evolución de las prácticas parentales y los resultados en el desarrollo infantil tras una intervención de apoyo parental. En esta investigación se explora el país origen como un factor predictor del éxito en la intervención.

2.4.5.4. Edad

La paternidad no tiene las mismas implicaciones a nivel psicosocial en padres o madres menores que en aquellos que ya han entrado en la edad adulta. Umberson et al. (2013) sugieren que la transición a la paternidad puede ser un período de riesgo de problemas psicológicos y de depresión, sobre todo en padres y madres muy jóvenes.

Ser padre o madre a una edad temprana disminuye las oportunidades para alcanzar un alto nivel de estudios o un buen trabajo, y supone una menor probabilidad de encontrar una pareja estable. Asimismo, se asocia a peores resultados en diversos indicadores académicos, psicológicos y sociales (Crosnoe y Cavanagh, 2010; Helms-Erikson, 2001; Hofferth, Reid, Mott, 2001), que, a su vez, pueden aumentar el estrés de ser padre/madre. Por el contrario, la planificación del primer embarazo al inicio de la década de los 30 se asocia con un mayor traspaso de capital social, económico y emocional en el ejercicio de la parentalidad (Umberson et al., 2013).

Por todo lo comentado anteriormente, la edad en la que un hombre o una mujer son padre o madre debe ser considerada como un factor que condiciona a nivel social al propio progenitor y a su descendencia. En esta investigación exploramos el poder predictor de la edad en el éxito de la intervención.

2.4.5.5. Entorno y estructura familiar

Si bien, como hemos visto apartados anteriores, el entorno familiar en conjunto se considera un determinante social, aunque esté vagamente contemplado en los

modelos de DSS, en este apartado queremos referirnos a la estructura o tipología familiar como condicionante de la parentalidad positiva. Umberson et al. (2013) se refieren a éste como estatus familiar, y señalan que es la combinación del estado civil y de parentalidad. En relación con el estado civil distinguen entre los individuos que cohabitan, los que entran por primera vez en el matrimonio, los divorciados y los casados por segunda vez. Por parentalidad se refiere a personas en periodo de transición a la paternidad, padres y madres con hijos/as adultos, y adultos sin hijos/as. A estas dos dimensiones resultaría oportuno incluir también las familias monoparentales, que resultan de la mezcla del estado civil – personas que no están casadas o no conviven en pareja – y de la parentalidad- personas que tienen hijos/as.

Crosnoe y Cavanagh (2010) plantean que la mayoría de estudios sugieren que los comportamientos parentales están afectados por sus relaciones y funciones psicológicas, que a su vez están afectadas por el estatus familiar, entre los que describe la estructura familiar. De acuerdo con esto es interesante, como en los restantes apartados, no sólo explorar los efectos de la estructura familiar sobre las competencias parentales, sino hacerlo también a través del efecto que puede ejercer la percepción de estrés o apoyo social.

El tipo de familia condiciona el estado de salud de las personas y lo hace a partir de múltiples mecanismos. En la revisión realizada por Umberson et al. (2013) se sitúan los recursos económicos, el apoyo y la integración social y la intención o significado que se le da al estado civil, como factores que explican la asociación entre estado civil y la salud mental. Así por ejemplo, uno de los grandes efectos negativos del divorcio sobre la salud mental es explicado por las dificultades económicas o la pérdida de apoyo social asociados. Pero estos efectos no son idénticos para todos los grupos sociales. Una vez más se han mostrado evidencias que el género, la edad, la calidad matrimonial o el origen cultural moderan el efecto del estado civil sobre la salud mental. De acuerdo con esta idea, el divorcio ha sido relacionado con mayor depresión o ansiedad en personas de edades avanzadas, mientras que la viudedad en personas de edades tempranas. Pero dentro de la estructura familiar no sólo el estado civil o de convivencia es un elemento a tener en cuenta en la salud mental de las personas, sino que el tipo de residencia (sólo, en pareja, con familiares, etc.) también es un factor condicionante. Diversos estudios plantean que un peor estado de salud en personas no casadas pero en estado de cohabitación, puede ser debido a los diferentes comportamientos y actitudes, acuerdos económicos y duración de la relación (Artazcoz, Cortés, Borrell, Escribà-Agüir y Cascant, 2011). De acuerdo con estas autoras, en nuestro país los grupos afectados por un peor estado de salud mental son los trabajadores masculinos no manuales que no viven con sus esposas – la mayoría de ellos en las

primeras fases de un proceso de separación - , y las trabajadoras manuales no casadas que cohabitan con sus parejas. Asimismo los solteros, contrariamente a los hallazgos de estudios en otros países, relatan un mejor estado de salud que los casados. Estos resultados, que contradicen los de la mayoría de estudios previos realizados mayoritariamente en el norte o centro europeo y América del norte, ponen de manifiesto la relación de los factores sociales y culturales asociados a los modelos de familia de cada país, y las características familiares y de salud.

El estado civil o de convivencia no son los únicos factores determinantes de las características familiares. La parentalidad juega un papel clave, ya que como hemos visto en apartados anteriores el hecho de ser padre o madre puede generar situaciones de estrés. Teniendo en cuenta esta perspectiva, Bastait et al. (2012) plantean que los hombres que no viven con sus hijos/as muestran menos conductas de apoyo y control de su niños/as, que los hombres casados o que disponen de custodia compartida. Este hecho se explica en parte, porque los padres divorciados y sin custodia compartida sufren grandes niveles de angustia por no ver a sus hijos/as, que actúan como estresores que dificultan el ejercicio adecuado del rol parental. Asimismo, se muestra que estos padres acostumbran a involucrarse en el tiempo de ocio de sus hijos/as y no en las rutinas diarias, como modo de compensación por su falta de contacto. En los hombres casados y con custodia este nivel de estrés no se da y por ello el rol parental positivo se mantiene.

Bronte-Tinkew, Scott y Lilja (2010) refuerzan esta idea introduciendo las diferencias de género, cohabitación y monoparentalidad. Las autoras muestran que las familias monoparentales son menos capaces de ofrecer prácticas parentales efectivas, así como proveer de supervisión y control, que las familias biparentales. Sin embargo, existen diferencias de género. Los hombres con custodia simple muestran estilos parentales más permisivos y menos implicación con sus hijos/as que las mujeres con custodia simple o las familias biparentales. Además, diversos estudios señalan que los casos en que los hombres con custodia simple cohabitan con una nueva pareja, el tiempo dedicado a sus hijos/as, las prácticas parentales positivas y la implicación con éstos se ve notablemente empeorada (Buchanan, Maccoby y Dornbusch, 1996).

Dentro de las circunstancias familiares, la monoparentalidad ha sido incluida entre los factores que dificultan el ejercicio de una parentalidad positiva y el bienestar infantil, ya que la situación de monoparentalidad guarda una estrecha relación con las condiciones de desigualdad determinadas por el género y la posición socioeconómica. La mayoría de familias monoparentales en nuestro territorio son mujeres que sufren una situación económica difícil, desarrollando habitualmente trabajos de poca cualificación o mostrando una situación de desempleo de larga

duración (Martínez, 2001). Flaquer (2013) además plantea que estas familias tienden a residir en barrios más pobres, y a asistir a escuelas en peores condiciones. Esta monoparentalidad en ocasiones viene dada por divorcios o disoluciones familiares, que han sido relacionadas en ocasiones con angustia, dificultades económicas, y cambios en la evolución infantil (Flaquer, 2013). Este tipo de familias implican que un adulto debe encargarse de las tareas de sustento económico y cuidado a la vez, lo que genera situaciones de estrés importantes que revierten en dificultades en la parentalidad. Los niveles de depresión también han sido descritos como más altos en este tipo de familias, incidiendo sobre el desarrollo de niños/as (Kiernan y Huerta, 2008).

Finalmente, también las relaciones de la pareja juegan un papel importante como fuentes de apoyo o estrés en la crianza de los hijos/as. Belsky (1984) plantea evidencias de una mejor implicación parental tanto materna como paterna, en los casos en que se describe una comunicación frecuente en el seno de la pareja. Por el contrario, la hostilidad en la pareja ha sido asociada a un menor uso de las estrategias disciplinarias basadas en el razonamiento y la comprensión. Fosco y Grych (2012) refuerzan esta idea mostrando que las discordancias entre dos progenitores impactan sobre la falta de apego y compromiso del padre y de la madre, generando una reducción del clima positivo familiar, que a su vez impactan sobre una falta de regulación emocional del menor.

Por tanto la evidencia justifica la idoneidad de explorar los efectos diversos de las intervenciones promotoras de parentalidad positiva en función de la estructura familiar, teniendo en cuenta tanto las vías directas que relacionan la monoparentalidad o el divorcio, entre otros aspectos, con las capacidades parentales, pero también las vías indirectas donde, por ejemplo, la monoparentalidad a través del aumento del estrés y la falta de apoyo ejerce efectos negativos sobre las capacidades parentales adoptadas.

2.4.5.6. Situación laboral

En el apartado de PSE se ha señalado que la ocupación y los ingresos juegan un papel importante en la salud de las personas, y concretamente en el desarrollo de la parentalidad. Asimismo, en la sección de género se ha detallado como hombres y mujeres disponen de diferentes oportunidades y situaciones laborales que tienen un efecto sobre la parentalidad positiva. Se identifica que las peores ocupaciones y los bajos ingresos se asocian a peores resultados en parentalidad y en el desarrollo infantil saludable. También que el trabajo remunerado a tiempo completo o a tiempo parcial y el trabajo doméstico a tiempo completo tienen efectos diversos sobre niños, niñas en función del sexo y de la estructura familiar. Este apartado se

nutre indudablemente de los apartados anteriores, pero queremos centrarnos en la situación laboral independientemente de la PSE, el género y la tipología familiar.

La situación laboral determina en primer lugar los recursos económicos de los que dispone la familia, y en segundo lugar el tiempo que los progenitores, por separado o conjuntamente, pueden destinar a la crianza. Ambos aspectos están relacionados con el bienestar infantil y parental, y con las prácticas parentales empleadas (Strazdins et al., 2011).

La situación de desempleo se ha asociado a una peor parentalidad y a un peor ambiente familiar (Geoffroy et al., 2012). McLoyd, Jayaratne, Ceballo y Borquez (1994) identifican una correlación entre desempleo y peor salud parental, que a su vez genera un estilo parental más punitivo y peores niveles de bienestar en adolescentes. Esta interrelación es explicada por la situación de tensión que implica la vulnerabilidad económica asociada al desempleo.

Sin embargo, el empleo también implica dificultades en el ejercicio de la parentalidad positiva. Las largas horas de trabajo remunerada se relacionan con un menor tiempo dedicado a la crianza (Offer, 2014) y a su vez con fuertes niveles de estrés laboral que en ocasiones generan estrés parental, dificultad de poner en práctica prácticas parentales positivas, y en consecuencia esto afecta a niños y niñas (Heinrich, 2014). Milkie, Mattingly, Nomaguchi, Bianchi y Robinson (2004) resaltan que más que el tiempo real dedicado a la crianza, es importante tener en cuenta la percepción que los progenitores tienen sobre si este tiempo es suficiente o no lo es.

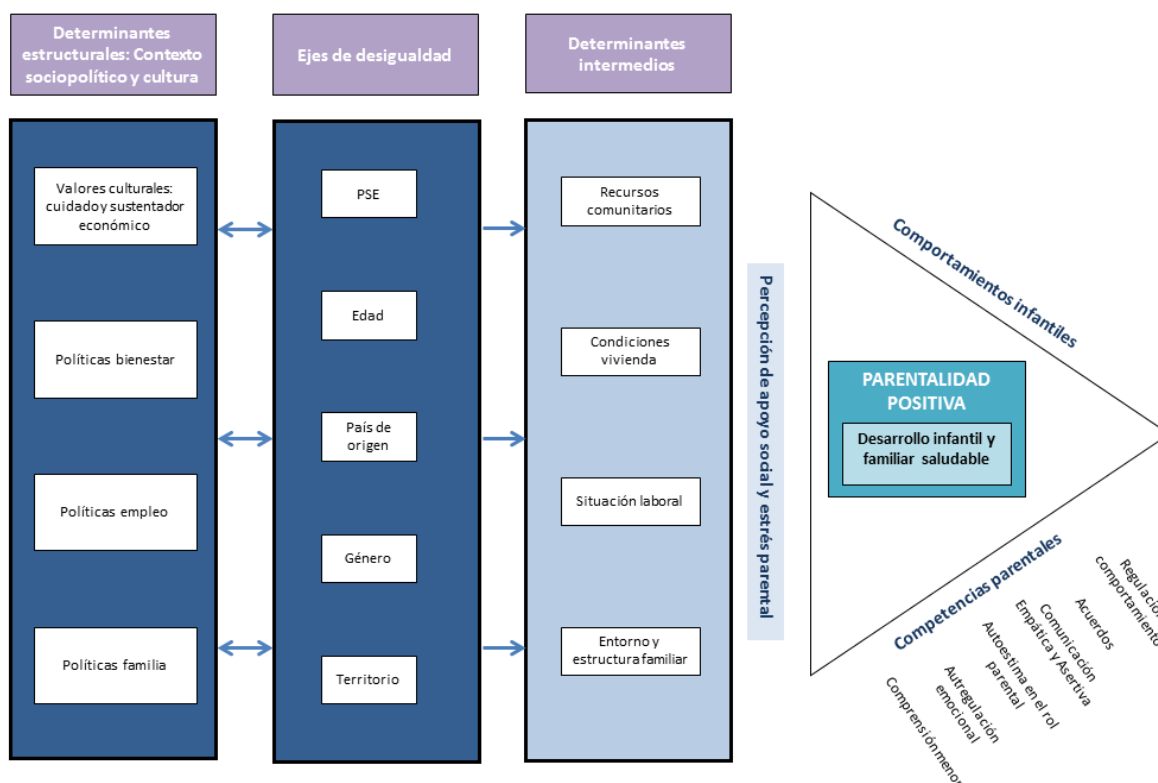
Finalmente, Gottfried, Gottfried y Bathurst (2002) resaltan los beneficios que aporta el trabajo remunerado frente al trabajo doméstico a tiempo completo, en tanto que competencias (habilidades de negociación y trabajo con otros, autoestima, asertividad, entre otros) que pueden ser trasladadas al ejercicio de la parentalidad y revertir en un mejor desarrollo infantil.

Resulta por tanto importante, explorar el papel de la situación laboral como predictor de éxito de una intervención promotora de parentalidad positiva.

2.5. Propuesta de marco conceptual: Determinantes sociales de la parentalidad positiva y del desarrollo infantil y familiar saludable

De acuerdo con todo lo expuesto hasta el momento, se propone un marco conceptual de determinantes sociales de la parentalidad positiva y del desarrollo infantil y familiar saludable (Figura 12).

FIGURA 12: MARCO CONCEPTUAL DETERMINANTES SOCIALES DE LA PARENTALIDAD POSITIVA Y DEL DESARROLLO INFANTIL Y FAMILIAR SALUDABLE (ELABORACIÓN PROPIA, 2013)



Este modelo surge en primer lugar de la convergencia entre diversos marcos conceptuales: los triángulos conceptuales del *Departamento de Salud de UK* (2000) y Rodrigo et al. (2010a), así como el flujograma de Belsky (1984) y el modelo de DSS de *European Union Community Health Monitoring Programme* (Rigby y Köhler, 2002). Estas cuatro referencias permiten pensar en una parentalidad condicionada por múltiples factores, a la vez que una parentalidad que determina la salud y el bienestar de los diferentes miembros de la familia. Todos estos aspectos quedan recogidos a la derecha de la Figura 12. Sin embargo, estos marcos de referencia, pese a que focalizan con importante acierto en el papel de la familia, erran en explicitar las cadenas jerárquicas. Es por esta razón que esta nueva propuesta incorpora, a la izquierda de la Figura 12, ideas de los marcos conceptuales de DSS propuestos por la OMS (2010) y la *Comisión para reducir las desigualdades en salud*

en España (2010). Estos marcos incorporan la relación jerárquica entre determinantes que debe ser tenida en cuenta para una mayor comprensión de los determinantes de la parentalidad positiva.

En este sentido resulta importante considerar, por un lado aquellos factores estructurales como son las políticas laborales, de bienestar y de familia y los valores culturales. Dentro de la amplia gama de aspectos a los que se refieren estos factores estructurales, en los apartados iniciales nos hemos aproximado a aquellos especialmente importantes para esta investigación. Por ello se ha mostrado el importante papel que ejercen las políticas y los valores culturales en el mantenimiento del rol femenino como cuidadora y ausente del trabajo productivo, o la transición hacia un proceso en que los cuidados infantiles recaen de forma compartida no sólo a nivel intrafamiliar, sino también con recursos públicos o privados, y el trabajo productivo femenino no es tan sólo un horizonte alejado.

Y por otro lado, el marco conceptual recoge el género, la etnia, el territorio, la edad, y la posición socioeconómica, como ejes que modifican el efecto de las políticas sobre las personas, a la vez que determinan los recursos, oportunidades y riesgos a los que los diferentes grupos están expuestos en sus entornos (vivienda, trabajo, comunidad y familia). En esta investigación nos hemos centrado específicamente en el género, el origen, la edad y la posición socioeconómica, por un lado, y la situación laboral y la estructura familiar por otro, para entender los mecanismos y la forma en que se asocian estos factores sociales a los elementos constituyentes de la parentalidad (apoyo social, estrés parental, competencias parentales y comportamientos infantiles). Los seis factores sociales señalados se corresponden con los factores que se han empleado como factores predictores en el estudio evaluativo.

Capítulo 3- Intervenciones promotoras de parentalidad positiva

*No hay palabra verdadera
que no sea unión inquebrantable
entre acción y reflexión*
Paulo Freire

El papel que padres y madres juegan en el desarrollo saludable de niños y niñas, a través del modo en que ejercen su rol parental, ha quedado claramente evidenciado, como también los factores determinantes que pueden dificultar o promover el ejercicio adecuado de este rol. Por ello resulta indispensable aproximarnos a las intervenciones promotoras de la parentalidad positiva, reflexionando sobre su naturaleza, el soporte estatal y los efectos contrastados de las mismas.

Daly (2014) considera que el soporte a la parentalidad consiste en una cantidad de información, apoyo, educación, formación, asesoramiento y otras medidas o servicios que pretenden influenciar como los progenitores entienden y desarrollan su rol parental. Son múltiples las intervenciones que han demostrado ser efectivas para promover la parentalidad positiva, tanto trabajando con niños/as, progenitores, como con la familia en conjunto y su entorno (Pastor, Ciurana, Navajas, Cojocarú y Vázquez, 2015). Entre ellas se encuentran los permisos por maternidad y paternidad (Flaquer, 2013), los centros de apoyo a padres/madres y niños/as que ofrecen asesoramiento, información y formación a progenitores (National Evaluation of Sure Start Team, 2010) o los programas socioeducativos para padres y madres. En cuanto a las formas de ofrecer apoyo socioeducativo diferenciamos entre tres niveles: (1) Información general transmitida a través de internet, material escrito o seminarios (2) sesiones de asesoramiento individual (3) talleres de formación con programas socioeducativos implantados con una estructura sistemática y de forma grupal (Daly, 2014).

Byrne (2010) plantea que las modalidades de intervención para el apoyo familiar más comunes y con mayores evaluaciones sobre su efectividad, son los programas socioeducativos de visita domiciliaria y los de atención grupal, aunque ambos presentan debilidades y fortalezas (Rodrigo et al. 2008). Así por ejemplo, los programas de visita domiciliaria permiten hacer un seguimiento cercano, individualizar la intervención o evitar que la familia se sienta en un entorno amenazante. Sin embargo, no resuelven el aislamiento que caracteriza a las familias beneficiarias de este tipo de intervención, y mantiene la dependencia hacia el técnico. Los programas socioeducativos grupales permiten acabar con este aislamiento, fomentando la integración y rompiendo las barreras de acceso a los servicios comunitarios, asimismo, representan una oportunidad de apoyo mutuo entre familias y de implementación homogénea. Sin embargo, requieren de una participación inicial y sostenida de las familias, de una importante sistematización de los contenidos, y de dinamizadores con habilidades grupales.

En este estudio, queremos centrarnos en los programas socioeducativos grupales orientados a padres y madres. A continuación nos aproximaremos a este concepto a partir de sus diferentes modalidades y perspectivas de comprensión. Posteriormente, se realizará un recorrido sobre la diversidad de políticas de apoyo a dichos programas, que permiten comprender su carácter diferencial en cada territorio. Finalmente, se mostrarán aquellos factores que clarifican la efectividad de dichos programas. En este sentido será importante situarlos como estrategias para abordar las DSS, identificar los elementos que los hacen más efectivos, mostrar que factores modifican su efectividad y finalmente cuales son los principales resultados que permiten medirla.

3.1. Programas socioeducativos grupales para padres/madres promotores de parentalidad positiva

Uno de los modelos más conocidos es el denominado *“Intervención Contemporánea de Comportamiento Familiar”* (Contemporary Behavioral Family Intervention –BFI) (Sanders, 1996). El autor plantea que estas intervenciones tienen como objetivo influir sobre las conductas de niños y niñas, no únicamente a través de los comportamientos de los padres y madres, sino teniendo en cuenta el entorno social del menor. En relación con esta idea, las intervenciones más extendidas son los programas socioeducativos centrados en los padres y madres, y en el apoyo a los mismos. Sallés y Ger (2011) se refieren a éstos, como programas de formación en el caso de que tengan una orientación universal, o intervención si es el caso de

familias en riesgo, ambos tienen un carácter fundamentalmente educativo que los diferencia de las intervenciones estrictamente terapéuticas.

Whittaker y Cowley (2012) señalan que los programas orientados a mejorar el rol parental son considerados intervenciones sociales diseñadas para incrementar los conocimientos, habilidades y la autoconfianza en las propias capacidades de los padres y madres en la crianza de sus hijos/as. El proceso educativo de padres y madres representa una tarea de sensibilización, aprendizaje, entrenamiento y clarificación de los valores, actitudes y prácticas implicadas en la educación de los menores (Boutin y Durning, 1997). La adquisición de habilidades suele ser el objetivo prioritario de dichos programas, sin embargo un objetivo paralelo es el fomento de la confianza de los progenitores en el desarrollo efectivo de su rol (Smith, 2010) así como las competencias personales e interpersonales (Martin, 2005). Green et al. (2007) consideran que los programas de educación parental deben orientarse a construir relaciones sociales positivas, que reduzcan la ansiedad y que permitan mostrar a los progenitores que son capaces de construir relaciones adecuadas con sus hijos/as.

Estos programas son implementados por múltiples perfiles profesionales: educadores sociales, psicólogos, trabajadores sociales, mediadores familiares, enfermeras de salud pública, matronas o médicos. Asimismo, los servicios encargados de su implementación también son múltiples, y pueden ser responsables las agencias municipales, los servicios regionales u organizaciones privadas o voluntarias (Rodrigo et al., 2014).

Partiendo de esta aproximación, debemos tener en cuenta que estos programas son muy heterogéneos tanto por lo que respecta a contenidos, orientación o metodología, como a la naturaleza de sus objetivos. En la Tabla 2 se propone una clasificación de los programas socioeducativos de promoción de la parentalidad positiva teniendo en cuenta las diferentes perspectivas surgidas de la revisión de la literatura (metodológica, desde el ámbito social, de la salud, de la educación y de la psicología).

TABLA 2: PERSPECTIVAS PARA LA CLASIFICACIÓN DE PROGRAMAS GRUPALES DE EDUCACIÓN PARENTAL (ELABORACIÓN PROPIA, 2014)

Perspectiva	Tipologías de clasificación	Autores
Metodológica	<ul style="list-style-type: none"> - Informativas - Técnicas y procedimientos - Experiencial 	Máiquez, Rodrigo, Capote y Vermaes (2000)
Social	<ul style="list-style-type: none"> - Familias en alto riesgo (desamparo) - Familias riesgo medio (riesgo inmediato) - Familias bajo o sin riesgo (población general) 	Norman (1985)
Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades específicas (alimentación o ejercicio físico.) - Habilidades transversales (comunicación o empatía) 	Power, Connell, Liggett y Odoms-Young (2013)
Educación	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad pautas educativas parentales - Calidad interacción parento-filial - Calidad funcionamiento sistema familiar 	Martin-Quintana, Maiquez, Rodrigo, Byrne, Rodríguez-Ruiz y Rodríguez-Suárez (2009)
Psicología	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje social - Apego - Estilos parentales - Modelo ecológico 	Scott (2008)

Así por ejemplo, desde el ámbito de la salud pública, Nelson y Davis (2012) muestran la efectividad de las intervenciones familiares basadas en incrementar la autoeficacia y el conocimiento de los progenitores, para la incorporación de hábitos saludables en niños y niñas. Por tanto, vemos como una estrategia de carácter socioeducativo consigue resultados de determinantes de la salud. En este sentido Power et al. (2013) se refieren a dos tipos de orientaciones de los programas parentales para conseguir resultados de salud: aquellos centrados en el cambio de prácticas parentales específicas (en relación a la obesidad o la sexualidad, entre otros) o los orientados al cambio del estilo parental de modo general, teniendo en cuenta actitudes y prácticas. La combinación de ambos modelos muestra mayor efectividad.

Desde el ámbito educativo, Martin-Quintana, Maiquez, Rodrigo, Byrne, Rodríguez-Ruiz y Rodríguez-Suárez (2009) resaltan la evolución de los programas de educación parental. Los primeros se centraban en las pautas educativas de los padres y madres. Pretendían ofrecer estrategias unidireccionales para que repercutieran positivamente en su descendencia. La segunda generación de programas, pone el énfasis en la relación y vínculos paterno-filiales y en la construcción de unas relaciones cotidianas basadas en el apego y la empatía. Estos programas se corresponden con una visión de la parentalidad como la descrita en capítulos anteriores basada en la bidireccionalidad. En último lugar encontramos muchos de los programas actuales, basados en una visión de la familia como un sistema que forma parte de un contexto. En la actualidad, este tipo de programas tienen en cuenta las variables del contexto proximal y distal de la familia, como elementos que mejoran la parentalidad o la dificultan.

Desde las perspectivas surgidas de la psicología, se considera que los programas parentales se deben basar en una teoría que fomente el cambio en los padres y madres en relación con la crianza y el desarrollo de sus hijos/as. En este sentido, se destacan especialmente aquellas teorías, comentadas algunas de ellas en capítulos anteriores, en relación con las diversas concepciones de parentalidad y su efecto sobre el desarrollo infantil, como son: el aprendizaje social, el apego, los estilos parentales y el modelo ecológico, entre otras. Se considera que los diferentes programas deben construirse desde uno o varios de estos modelos teóricos para ser efectivos en el cambio hacia un entorno de parentalidad positiva (Asmussen, 2013; Scott, 2008).

Teniendo en cuenta la perspectiva social, Norman (1985) plantea que los programas pueden dirigirse, en un primer nivel, a familias en situación de crisis, cuyos menores se encuentran en riesgo de desamparo inminente. En un segundo nivel, encontramos los servicios proporcionados a las familias cuyos menores muestran signos de riesgo, pero que no se encuentran en un peligro inmediato. Y en el tercer nivel, están los programas dirigidos a las familias de la población general, que pueden presentar características asociadas a peligros potenciales. Almeida (2014) plantea que en el primer caso la intervención educativa grupal debe ser intensiva y complementada con un seguimiento individual. En el segundo caso, el programa grupal debe ser precedido por un trabajo individual domiciliario que permita el beneficio exitoso de la intervención grupal. En el último caso de familias de bajo perfil de riesgo es en el que es más recomendado el trabajo en grupo y con perspectiva comunitaria.

Las orientaciones metodológicas empleadas en dichos programas son múltiples. Por un lado están las más informativas que pretenden que el padre o madre

incorpore unos conocimientos concretos. En segundo lugar encontramos aquellos programas centrados en técnicas que permiten modificar las conductas de los hijos/as. Finalmente, existen intervenciones que focalizan en la experiencia, donde padres y madres construyen su conocimiento y habilidades a partir de situaciones concretas y de la teoría implícita (Máiquez, Rodrigo, Capote y Vermaes, 2000).

En el marco del informe *“La Educación Parental un recurso para promover la parentalidad positiva”*, Rodrigo et al. (2010b) señalan que dichas intervenciones son de tipo psicoeducativo y fomentan cambios cognitivos, afectivos y de comportamiento en los padres y las madres. Estas intervenciones posibilitan que padres y madres reflexionen sobre su rol reconstruyéndolo y optimizándolo. En todo caso se apunta a un proceso de transformación importante y que cada padre o madre adapta a su situación concreta. Por tanto cuando nos referimos a un programa socioeducativo grupal promotor de parentalidad positiva, éste debe fundamentarse en un enfoque de aprendizaje activo y de adquisición de habilidades, huyendo de una perspectiva basada únicamente en el traspaso de información y adquisición de conocimientos (Kaminski, Valle, Filene y Boyle, 2008).

En las últimas décadas, tanto desde el ámbito de la pedagogía como de la psicología, se han mostrado evidencias de mayor efectividad de las metodologías de aprendizaje que tienen en cuenta el bagaje previo del alumnado y su conexión con otras experiencias prácticas. Ausubel, Novak y Hanesian (1983) plantearon que un aprendizaje es significativo cuando los contenidos se relacionan de modo no arbitrario y sustancial con lo que el alumno ya sabe. Es decir, las ideas se relacionan con algún aspecto existente y relevante en la estructura cognoscitiva del alumno; una imagen, un símbolo, un concepto o una proposición. Fuman y Sibthorp (2013) consideran que la metodología experiencial se basa en el aprendizaje activo, que se nutre tanto de la cooperación, la resolución de problemas, la conexión con la práctica, como de la creación de un proyecto propio, entre otros aspectos. En la actualidad, encontramos diferentes estudios y revisiones sistemáticas que muestran la efectividad del aprendizaje conectado con la propia experiencia de los alumnos, y con otras experiencias prácticas, tanto durante la infancia (Schreuder, Rijnders, Vaandrager, Hassink, Enders-Slegers y Kennedy, 2014) como durante la edad adulta (Dacey, Kennedy, Polak y Phillips, 2014; Steinert, Mann, Centeno, Dolmans, Spencer, Gelula y Prideaux, 2006).

El caso de padres y madres no es ajeno a estos hallazgos. Ellos/as disponen de múltiples experiencias de vida, a la vez que suelen necesitar conectar su propio proceso de aprendizaje con el contexto inmediato. De acuerdo con esto, los programas basados en recibir una práctica guiada, junto con un *feedback* entre

iguales, no sólo han mostrado evidencia de una mayor satisfacción de los padres y madres durante la participación de los mismos, sino que se han evidenciado mejoras en la adquisición y puesta en práctica de habilidades parentales en familias de múltiples perfiles sociales (Fantuzzo et al., 1997; Martin, Máiquez, Rodrigo, Correa y Rodríguez, 2004) y resultados de salud como la gestión del estrés y la autoestima (Kiran, Seshadri, y Kennedy, 2006).

Por tanto, destacamos aquellos programas que, como el que este estudio evalúa, promueven el cambio hacia un rol parental positivo desde una perspectiva multidireccional, trabajando aspectos específicos y transversales basados en metodologías experienciales.

Como veremos a continuación, al margen de las condiciones e intenciones particulares que cada recurso o servicio disponga a la hora de implementar estos programas, las tradiciones socioculturales y económicas, y las políticas de cada estado marcan el carácter y la orientación de dichos programas y del apoyo parental. Boddy, Smith y Statham (2011) señalan que una amplia mayoría de los programas revisados provienen de países anglosajones, y su enfoque tiene cierta tendencia clínica, aproximando los programas de apoyo parental a una forma de tratamiento. De acuerdo con esto, son diversos los programas, entre los que se destaca “*Triple P- Positive Parenting Program*” y “*Incredible Years Programme*”, surgidos inicialmente para dar respuesta a problemas conductuales en niños y niñas, y que en su intensa y consolidada implementación han mostrado efectos positivos en otros aspectos del entorno del menor (comunicación en la pareja, reducción estrés parental, etc.) (Arkan, Üstün, y Güvenir, 2013; Sanders et al., 2002). Sin embargo, el aumento de programas revisados en los países no anglosajones está permitiendo complejizar la concepción de dichos programas permitiendo, por ejemplo, el análisis de la diversidad cultural en el diseño y efectos de los programas (Boddy et al., 2011; Smith, 2011).

3.2. Políticas de apoyo a los programas de parentalidad positiva

El incremento del interés de los gobiernos e instituciones por la parentalidad se considera, en parte, una respuesta a los cambios demográficos y sociales que se han dado en los últimos tiempos. Rodrigo et al. (2015) plantean que la inestabilidad que traen las crisis económicas y políticas, la diversidad de culturas y modelos familiares, los cambiantes roles de género dentro de la familia para conciliar mejor la vida familiar, laboral y personal, así como la influencia de las nuevas tecnologías en la familia, complejizan el ejercicio de la parentalidad. Smith (2010) expone que el aumento de la diversidad familiar como

las familias monoparentales, las familias reconstituidas, entre otras formas de familia, se ha relacionado en algunos estudios con el aumento de conductas antisociales en los niños/as y los jóvenes, lo que ha motivado el diseño de intervenciones de soporte parental. Asimismo, en la actualidad en muchas ocasiones, las personas deciden su paternidad no por tradición, sino por desarrollo y satisfacción personal, lo que genera altas expectativas, y en ocasiones frustraciones. Asimismo, otro indicador del interés por la parentalidad es que existe una mayor sensibilidad en la sociedad hacia la desprotección infantil y hacia la violencia de género. Esto hace que las familias dejen de ser espacios cerrados, para situarse como espacios donde el Estado puede y debe intervenir para proteger a los más vulnerables (Rodrigo et al., 2015).

3.2.1. La situación internacional

La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño (CNUDN), adoptada por la *Asamblea General de las Naciones Unidas* en 1989, es un tratado de derechos humanos ratificado por todos los estados excepto por dos (Somalia y Estados Unidos). En ella domina el papel central de los derechos del niño/a, y es una fuente de inspiración para las políticas familiares de los Estados y la reforma de las mismas (Daly, 2014). La CNUDN representa una defensa de los derechos del niño/a, pero también de los padres/madres, de las familias y de las comunidades/sociedades. De acuerdo con ello, según Doek (2004), se propone que la familia debe disfrutar del apoyo necesario para asumir plenamente sus responsabilidades. Los estados deben reconocer las responsabilidades parentales y adoptar diferentes medidas positivas para ayudar a los progenitores a asumir sus responsabilidades como educadores. En todo caso, estas fuentes de apoyo deben orientarse siempre a que los padres y madres satisfagan las necesidades del niño/a, y no las propias, y los derechos del niño/a estén en las interacciones del día a día. El enfoque de las medidas de apoyo debe ser preventivo y capacitador, en oposición a una orientación reactiva y asistencial.

A nivel europeo la *Recomendación Rec (2006)/19 del Comité de Ministros a los Estados miembros de la Unión Europea sobre Políticas de Apoyo al ejercicio positivo de la Parentalidad*, se ha inspirado en la CNUDN y ha sido clave para remarcar la importancia de que las diferentes instituciones proporcionen apoyo suficiente, mediante políticas, medidas legislativas y servicios especializados y de apoyo, para que las familias puedan desarrollar adecuadamente la crianza y educación de sus hijos/as. Dicha recomendación señala que los estados deben asegurar «*las condiciones necesarias para el fomento del ejercicio positivo de la parentalidad, garantizando que todas aquellas personas que deban educar a niños/as tengan acceso a los recursos adecuados (materiales, psicológicos, sociales y culturales)* y que

las actitudes y patrones sociales más extendidos, se adapten a las necesidades de las familias con hijos/as y a las necesidades de padres y madres» (Consejo de Ministros Europeos, 2006:3). Estos mecanismos de soporte a la parentalidad positiva deben tener especialmente en cuenta la situación actual de las familias, y los contextos en que dichas familias deben desarrollar su rol. Asimismo, a nivel general se señala la necesidad de un trabajo intersectorial para dar respuesta a la necesidad de apoyo de las familias. Se sitúa como clave el derecho de los padres y madres a recibir apoyo adecuado a desarrollar sus actividades parentales, así como la importancia de prestar especial atención a las situaciones socioeconómicas más graves y a las familias que procedan de entornos culturales diferentes. Finalmente destaca el valor que se le otorga al soporte mutuo entre padres y madres. Por otra parte encontramos las recomendaciones de la *Oficina Regional para Europa de la OMS* que, subrayan que las políticas de promoción de la salud en la primera infancia deben orientarse, entre otros aspectos, a la promoción de unas buenas relaciones entre los progenitores y las escuelas. Esta orientación persigue incrementar: (1) el conocimiento que los padres/madres tienen de las necesidades emocionales y cognitivas de sus hijos/as, (2) la estimulación el desarrollo cognitivo y el comportamiento pro-social infantil y (3) la prevención de los malos tratos infantiles (Wilkinson y Marmot, 2006). Finalmente, destacamos la recomendación europea *Invertir en la infancia: romper con el ciclo de las desventajas*. Esta recomendación, enmarcada en la *Estrategia Europea 2020*, pretende abordar la pobreza infantil y la exclusión social. A nivel de apoyo parental ésta apuesta por la ayuda a las familias para desarrollar habilidades parentales y promover la preservación familiar. Asimismo, apuesta por el uso de programas y políticas basados en la evidencia (Rodrigo et al., 2014).

Pese al énfasis de la legislación internacional y europea, es importante tener en cuenta el papel de las políticas de bienestar y de familia estatales, ya que marcan de forma notable el desarrollo de la parentalidad y las intervenciones promotoras de ésta. Como hemos visto anteriormente en el Capítulo 1, diversos autores subrayan que la interacción entre regímenes y políticas de bienestar, de mercado laboral y de familia, condicionan los modelos familiares. Boddy et al. (2011) evidencian que los tres modelos de régimen de bienestar seguidos por los diferentes estados, planteados por Esping-Andersen (1990, 2000), guardan relación con las políticas de parentalidad y consecuentemente con el tipo de intervenciones de apoyo a padres y madres desarrolladas en cada contexto.

Encontramos los países liberales, como Reino Unido, donde las políticas se centran en promover programas de apoyo a familias en situación de pobreza o exclusión social, ya que el resto de familias se conciben como responsabilidad del ámbito privado. En estos casos los programas son estandarizados, sujetos a exhaustiva

evaluación experimental, y se centran en acabar con las conductas parentales que no son buenas o suficientemente buenas. Este tipo de programas siguen una perspectiva medicalizada, donde la intervención de soporte parental tiende a ser vista como un tratamiento correctivo. Katz y Hetherington (2006) se refieren a las intervenciones de estos sistemas o regímenes como dualísticas, caracterizadas por una fuerte tendencia del sistema de protección y una orientación hacia la prevención o rescate del abuso o la negligencia. Cabe destacar, que en la primera década del s.XXI, países como Inglaterra iniciaron un cambio hacia el universalismo progresivo con el objetivo de prevenir dificultades de forma universal, ofreciendo especial apoyo a quien más lo necesita (Boddy et al. 2011).

En los países socialdemócratas, como los países nórdicos, el apoyo parental por parte del estado se considera un derecho de padres y madres y los programas de apoyo deben estar incluidos en los servicios básicos universales para niños y familias. En estos casos las familias emplean los servicios básicos educativos, de salud y sociales para resolver sus dudas e inquietudes en el desarrollo del rol parental.

En último lugar los países conservadores, como Alemania, donde las leyes y políticas plantean el soporte familiar en términos de protección y de apoyo para asumir adecuadamente la responsabilidad de crianza de padres y madres. Los programas o intervenciones parentales, lejos de ser estandarizados, universales o centrados en los colectivos más desfavorecidos, se plantean de múltiples modos, adaptados a las necesidades locales. Asimismo, la orientación es en clave de acompañamiento y no suelen existir objetivos claramente definidos, ya que la propia dinámica de acceso abierto dificulta la estandarización.

En el caso conservador y socialdemócrata, Katz y Hetherington (2006) se refieren a un modelo holístico basado en una intervención temprana para toda la población, con la diferencia que en los países socialdemócratas las intervenciones son proporcionadas por el estado y en los conservadores por asociaciones y entidades voluntarias. En ambos casos se da un fuerte énfasis en la orientación hacia el apoyo a la familia y a través de recursos, tan próximos como sea posible, a las personas que lo necesita. La protección de los abusos en la infancia es significativa pero no central. La centralidad es proporcionar apoyo a las familias para evitar errores en la crianza que puedan conducir a dificultades en el desarrollo emocional y social del menor. La propuesta es responder a las necesidades del niño o niña a través del apoyo a la familia al completo.

Rodrigo et al. (2014) complementan esta clasificación del apoyo parental europeo, matizando que en países como Francia el apoyo parental se crea desde las familias

y se formaliza en las instituciones, mientras que en Inglaterra o Alemania ocurre al revés; son las instituciones que desde arriba ofrecen un servicio a las familias.

3.2.2. La situación en España

Por lo que respecta a España la legislación y las políticas de familia son acordes con el modelo de extremo conservadurismo (Esping-Andersen, 1990, 2000) o mediterráneo/ meridional (Flaquer, 2000; Naldini y Jurado, 2013) comentados en capítulos anteriores. El bienestar se considera responsabilidad de la familia, concretamente en el caso del menor el protagonismo es de los padres y madres, aunque aún bajo el paraguas del “familismo” o la solidaridad familiar, el papel de la familia extensa continua siendo importante. Además se plantea el papel del estado en clave de protección o soporte a toda la población, pero de forma subsidiaria y complementada ampliamente por organizaciones voluntarias. De acuerdo con esto, buena parte de los programas de apoyo familiar son liderados por organizaciones o fundaciones privadas.

En este sentido, existen diversas declaraciones y políticas dirigidas a la infancia y las familias que refuerzan la importancia del apoyo a las familias, y en concreto al ejercicio en positivo de su rol parental. Así por ejemplo, la *Constitución española* en el artículo 39.1 establece “*que los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familias*” (Save the Children, 2011). Asimismo, el artículo 12 de la *Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor* (1996) plantea que “*los poderes públicos velarán para que los progenitores, tutores o guardadores desarrollen adecuadamente sus responsabilidades, y faciliten servicios accesibles en todas las áreas que afecten al desarrollo del menor*”. A nivel de Catalunya la *Llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència* (DOGC, 2010) refuerza las leyes estatales, no sólo refiriéndose a la protección directa del menor, sino a su protección a través del apoyo a padres, madres y tutores, mediante diferentes recursos (informativos, formativos...) para que desarrollen sus funciones parentales. Sin embargo, Naldini y Jurado (2013) señalan, que antes de la llegada de la crisis en 2008, en España se dio un aumento de los servicios de apoyo al cuidado infantil de 0-2 años tanto públicos, como privados. Las autoras consideran que esto puede interpretarse como cierto avance hacia la descarga de las familias hacia el estado del cuidado familiar. Sin embargo cabe destacar que la llegada de la crisis muestra un retroceso en este sentido.

Gianotta et al. (2013) subrayan que el fuerte papel de la familia extensa en el caso de países como España, puede ser un elemento que lleve a las familias a rechazar la participación en programas que inciden sobre la función familiar. Solicitar ayuda fuera de las redes familiares, suele ser el último recurso y una posible causa de

humillación o vergüenza, porque puede ser visto como que la familia no funciona o no sabe buscar soluciones para funcionar.

El *Ministerio de Sanidad, Servicios Social e Igualdad del Estado Español* ha impulsado diversos estudios y encuentros entre investigadores y profesionales para fomentar la parentalidad positiva y el apoyo a las familias. En este sentido, se describe que las intervenciones de parentalidad positiva en nuestro país surgieron como propuesta para prevenir el maltrato infantil en familias vulnerables, sin embargo el modelo ha cambiado progresivamente (Rodrigo et al., 2014) y actualmente se sitúa como clave un patrón de intervención familiar adaptado a las necesidades diversas, orientado a toda la población, y no únicamente a las familias en situación de exclusión. De acuerdo con esto, se plantean modelos de soporte parental de múltiples tipos, pero la evaluación rigurosa de las intervenciones continúa siendo una asignatura pendiente (Rodrigo et al., 2010b).

3.3. Efectividad de los programas promotores de parentalidad positiva

Hasta el momento hemos visto los grandes rasgos que caracterizan los programas de parentalidad positiva a nivel internacional y nacional, y los distintos escenarios políticos que los condicionan. Sin embargo, las diferencias son muchas y en ocasiones, pese a mostrarse evidencias de efectividad, estas son específicas para un lugar, un momento y/o una intervención concreta.

Desde hace tiempo ha aumentado el interés por sistematizar los programas de parentalidad positiva especialmente en el entorno anglosajón y centroeuropeo (Boddy, Statham, Smith, Ghate, Wigfall y Hauari, 2009). En el caso de los países del sur de Europa la publicación de revisiones sistemáticas y de síntesis de los componentes que caracterizan la efectividad de las intervenciones de parentalidad positiva es muy reciente (Rodrigo, Almeida, Spiel y Koops, 2012) y aún se nutre de la experiencia anglosajona.

De acuerdo con esto, en primer lugar nos parece interesante mostrar los aspectos que permiten comprender los programas socioeducativos de promoción de la parentalidad positiva, como una estrategia efectiva para el abordaje de los determinantes sociales en salud. A continuación, se presenta la evidencia sobre los resultados de las intervenciones parentales en padres, madres e infancia, en diferentes países y en ambos sexos. Haremos especial énfasis en el estado de la cuestión respecto a aquellos resultados relacionados con la parentalidad positiva sobre los que esta investigación quiere profundizar: la mejora de las habilidades parentales, la disminución de los comportamientos negativos de niños y niñas, la

reducción del estrés parental y el aumento de apoyo social. Seguidamente, nos aproximaremos a los componentes de las intervenciones que las hacen más efectivas. Finalmente, se considerará el papel de los determinantes y de las desigualdades sociales como condicionantes de la efectividad de las intervenciones.

3.3.1. Efectividad en la reducción de desigualdades en salud

En salud pública existen tres abordajes para mejorar el estado de salud de las poblaciones (Frohlich y Potvin, 2008): (A) Desarrollo de intervenciones bioquímicas o conductuales para reducir la exposición a los riesgos para la salud específicos de los individuos de alto riesgo, (B) intervenciones basadas en cambiar las condiciones del entorno con el objetivo de reducir la exposición a los riesgos de salud de toda la población, (C) intervenciones dirigidas a reducir la exposición a los riesgos de salud entre los grupos sociales, mediante la modificación de las condiciones sociales y ambientales que generan grupos con mayor exposición a los riesgos.

El primer tipo de intervenciones han sido criticadas de forma documentada por culpabilizar a las personas afectadas y porque se reduce la exposición al riesgo de los individuos de alto riesgo, pero emergen nuevos riesgos en el resto de la sociedad (Lalonde, 1974; Syme, 1994). Por el contrario, el segundo modelo de intervención permite abordar al conjunto de la población, sin embargo pese a mostrar mejoras en la salud de la población, también se muestran casos de mantenimiento de las desigualdades en salud (Barbeau, Krieger y Soobader, 2004). El tercer modelo tiene en cuenta los mecanismos que generan una distribución diferencial de la exposición al riesgo en las poblaciones vulnerables. Frohlich y Potvin (2008) muestran que el diseño de estrategias que combinen una perspectiva orientada a toda la población (de acuerdo al segundo modelo), pero que se nutra de una perspectiva que tenga en cuenta las peculiaridades de las poblaciones vulnerables (tercer modelo), no sólo implicará una mejora de la salud de la población, sino también el abordaje de las desigualdades en salud. En esta investigación se lleva a cabo la evaluación de una intervención que considera estas dos perspectivas, ya que el PHP se orienta al conjunto de padres y madres de la ciudad de Barcelona, aunque se focaliza específicamente en las familias más vulnerables.

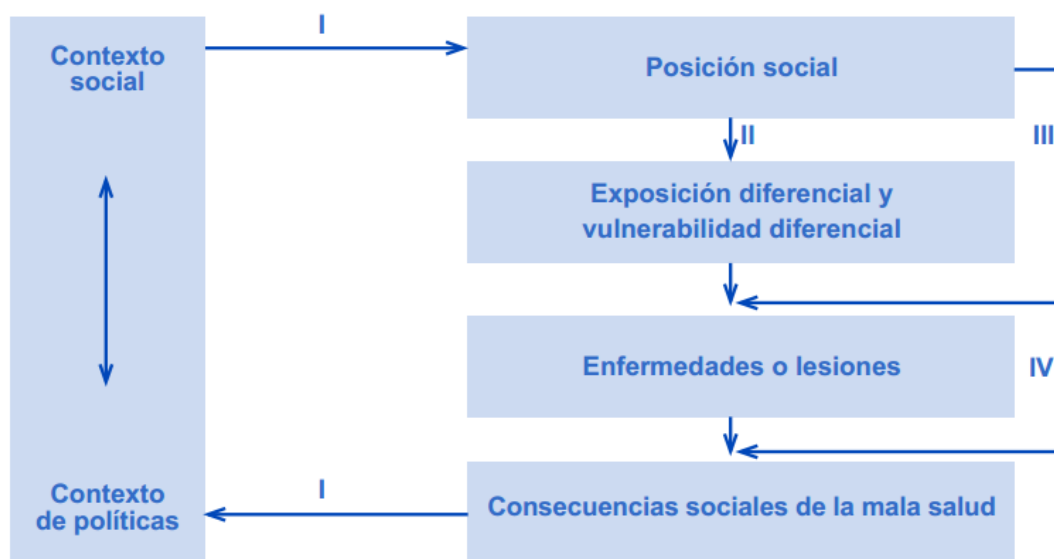
Clarificar la población a la que se dirige la intervención es importante para asegurar el abordaje de las desigualdades en salud, pero también lo son los

aspectos sobre los que se debe incidir para asegurar la mejora de la salud, y la reducción de desigualdades, en esta población diana.

En el apartado 2.2. se ha descrito la evolución de los marcos conceptuales de los DSS. En esta sección se pretende describir los mecanismos a través de los cuales los DSS se asocian con el estado salud, lo que permite identificar distintos puntos de entrada para las intervenciones (Solar e Irwin, 2010). Uno de estos puntos de entrada pueden ser los programas de parentalidad positiva.

Diderichsen, Evans y Whitehead (2001) proponen un modelo para entender la relación entre el contexto social y los resultados en salud. Este se basa en diferentes puntos de entrada, con diferentes niveles, desde los más distales a los más proximales, y es acorde con los marcos conceptuales de los determinantes y de las desigualdades sociales en la salud presentados hasta ahora (Figura 13)

FIGURA 13: MODELO DE ESTRATIFICACIÓN SOCIAL Y PRODUCCIÓN DE ENFERMEDADES DE DIDERICHSEN, EVANS Y WHITEHEAD (2001)



Este modelo considera que el contexto social en el que los individuos viven es resultado de las complejas interacciones entre estructuras políticas, económicas, sociales y culturales. Este contexto crea una estratificación social y asigna a las personas distintas posiciones sociales. La posición social de las personas determina sus oportunidades de vida, y por consiguiente de salud. En la Figura 13, se muestran los mecanismos y procesos que asignan posiciones sociales a las personas. El primero (I) se refiere a la manera en que la sociedad genera y distribuye el poder y la riqueza, por ejemplo, las políticas económicas y laborales, el tipo de sistema educativo o las normas de género. La estratificación social derivada de este mecanismo, genera una exposición diferencial de los distintos

grupos a condiciones más o menos perjudiciales para la salud (II) (Vega, Solar e Irwin, 2010). Además, esta exposición, variable en función de la posición social, genera también vulnerabilidades diferenciales (III). Por ejemplo, las madres responsables de hogares monoparentales a menudo están expuestas a varios riesgos para la salud, y estos pueden interactuar entre sí para producir mayor susceptibilidad a la enfermedad a un nivel específico de la exposición (Burström, Whitehead, Clayton, Fritzell, Vannoni, y Costa, 2010). La exposición y vulnerabilidad diferencial en la población se acumula en el curso de la vida. Este modelo muestra que las consecuencias sociales también son diferenciales (IV). Éstas se refieren a la repercusión diferente que un cierto evento de salud puede tener en una persona o grupo, debido a sus distintas circunstancias y posición social.

Este modelo incluye una discusión de los puntos de entrada para la acción política. Desde la CSDH (Solar e Irwin, 2010) muestran la existencia de cuatro tipos de políticas o intervenciones orientadas hacia estos cuatro niveles. Por un lado, las políticas que actúan sobre la estratificación para reducir las desigualdades y mitigar los efectos de la estratificación. Por otro lado, aquellas centradas en la reducción de la exposición, de los grupos más desfavorecidos, a factores que dañan la salud. Seguidamente las intervenciones que pretenden reducir la vulnerabilidad de los grupos desfavorecidos. Y finalmente, las intervenciones políticas orientadas a reducir las consecuencias diferenciales.

Asimismo Solar e Irwin (2010) plantean que el paso de los modelos teóricos de desigualdades sociales a la acción política debe tener en cuenta tres elementos: la adaptación al contexto, la intersectorialidad y, el empoderamiento y participación de la sociedad civil. Las acciones no se deben centrar solo en los determinantes intermedios, sino que tienen que abordar otros más distales como las políticas responsables de la distribución desigual de los determinantes sociales en la salud. Para abordar los determinantes sociales intermedios y distales se necesitan intervenciones intersectoriales

Teniendo en cuenta esta esta propuesta conceptual, situamos los programas de promoción de la parentalidad positiva como estrategias para reducir la vulnerabilidad de las familias en contextos de desigualdad. Como se ha señalado en capítulos anteriores, los determinantes sociales y los ejes de desigualdad afectan a padres y madres, y a la familia en su conjunto, generando diferencias en las formas de ejercer la parentalidad y en el bienestar parental e infantil. Los padres y madres en situaciones de precariedad socioeconómica tienen mayor riesgo de estrés y de adoptar roles sociales inadecuados (Raikes y Thompson, 2005). Los niños y niñas en contextos de desventaja tienden a desarrollar más desordenes

comportamentales, debido a los efectos de su contexto socioeconómico (Barlow y Parsons, 2003), que pueden ser contrarrestados por un entorno proximal seguro, como el entorno familiar y por unos comportamientos parentales positivos (Mackay, 2005). Stewart-Brown y Napoles-Springer (2003) refuerzan esta idea, señalando que los programas de promoción de la parentalidad positiva tienen impacto a lo largo la vida de los niños y niñas, de los padres y madres participantes, y contribuyen a prevenir los embarazos adolescentes, el consumo de drogas o las conductas antisociales. De acuerdo con esto, se espera que una intervención gratuita que mejore, entre otros aspectos, la percepción de apoyo social o la capacidad de comunicación asertiva con los menores, y que esté dirigida al conjunto de la población, teniendo en cuenta específicamente a las familias en contextos desfavorecidos, permita reducir algunos de los elementos personales y familiares que sitúan a las familias desaventajadas en una posición de mayor desigualdad actual y de futuro. De este modo, se contribuirá a crear estrategias para afrontar la vulnerabilidad y entornos menos vulnerables.

Como vemos, trabajar con los padres y madres se ha mostrado como una oportunidad de mejorar el desarrollo saludable de niños y niñas en los primeros años de vida, así como para su futura salud física, psicológica y social en la vida adulta (Comisión para reducir las desigualdades de salud en España, 2010). Sin embargo, hay pocos estudios sobre la efectividad de los programas parentales en un marco de DSS y desigualdades en la salud. Entre los estudios encontrados en esta línea, queremos destacar los siguientes. Morrison et al. (2014) identifican en su revisión sistemática un conjunto de intervenciones promotoras de la parentalidad que generan resultados favorables relacionados con la reducción de desigualdades sociales en salud. Éstas muestran mejoras en los comportamientos parentales, la salud infantil, los niveles de desarrollo cognitivo y de habilidades motoras infantiles, así como reducción de abuso y daños infantiles. Los autores recogen las evidencias de diversos estudios (Graham Allen, 2011; Heckman, 2007) donde se muestra que el retorno económico de dichos programas es considerado elevado, sobre todo si se compara con otro tipo de políticas orientadas tan solo a niños/as en contextos de desigualdad, o a los jóvenes adultos que crecieron en esos contextos. Por otro lado, O'Neil, McGilloway, Donnelly, Bywater y Kelly (2013) evalúan el programa *Incredible Years* desde la óptica del coste-beneficio, mostrando que las mejoras en los comportamientos infantiles que genera dicho programa, pueden revertir en mejoras en los progresos educativos, la criminalidad y mejorar el acceso laboral. Bryant, Bryant, Williams, Ndambuki y Erwin (2012), identifican que las mejoras producidas por este tipo de intervenciones en cuanto al apego seguro progenitor-niño/a, son una oportunidad para abordar los DSS. Finalmente, Cohen (2012) analiza el papel del programa Triple P, no únicamente como herramienta para abordar los determinantes sociales de la salud, sino

también para identificar los elementos del programa o de su implementación que impactan de forma no equitativa en las familias.

Por tanto, situamos los programas de parentalidad positiva como estrategias para abordar los DSS y reducir las desigualdades en salud. Resulta oportuno contribuir con estudios que no únicamente muestren los efectos de dichos programas en resultados socioeducativos y de salud, sino que conecten estos resultados con los efectos sobre la reducción de desigualdades en salud.

3.3.2. El impacto en las familias: clave de la efectividad

El impacto en las familias se refiere a los efectos que los programas parentales generan en las competencias y el bienestar de hijos/as y padres y madres.

En cuanto a los efectos positivos de los programas parentales sobre los hijos/as se han comprobado consecuencias tanto preventivas como de tratamiento ante problemas emocionales y de comportamiento. Cabe destacar que diversas revisiones resaltan que los efectos de ajuste emocional y de comportamiento descritos, tanto para la primera infancia como para los niños/as hasta 12 años son más significativos que los efectos preventivos (Barlow, Smailagic, Ferriter, Bennett y Jones, 2010; Furlong, McGilloway, Bywater, Hutchings, Smith, Donnelly, 2012). Sin embargo, su carácter preventivo significativo se ha descrito en otros estudios y revisiones. Kaminski et al., (2008) señalan que los efectos sobre la prevención de conductas autoagresivas han sido mayores que sobre los comportamientos agresivos del menor hacia los demás, y ambas mucho mayores que los efectos sobre las habilidades sociales de los niños/as (Kaminski et al. 2008). Se han comprobado claras mejoras en la prevención de comportamientos disruptivos (Shaw, Supple, Dishion, Gardner y Arnds, 2006), actos delictivos y antisociales en adolescentes (Piquero, Farrington, Welsh, Tremblay y Jennings, 2009), en la prevención de problemas de conducta en etapas de transición (Van Ryzin, Stormshak y Dishion, 2012), así como ajustes a nivel comportamental y emocional en el periodo inmediato a la participación de los padres/madres en el programa (Barlow et al., 2010). Las mejoras de las percepciones que los padres y madres tienen sobre las conductas de sus hijos/as también son uno de los efectos descritos para las intervenciones parentales (Letarte et al., 2010; McDaniel, Braiden, Onyekwelu, Murphy y Regal, 2011).

Sin embargo, Bloomfield et al. (2012) señalan que los cambios de comportamiento en niños y niñas no se dan siempre inmediatamente después de la finalización de las intervenciones parentales, pues éstos requieren de un tiempo para que las estrategias parentales sean puestas en práctica y actúen como modificadores de la

conducta infantil. Por lo que respecta al mantenimiento de las conductas infantiles positivas, las diversas revisiones apuntan a la falta de estudios sobre los efectos a largo plazo (Barlow et al., 2010; Furlong et al., 2012; Piquero et al.2009). Se considera importante evaluar los efectos a largo plazo, ya que la mayoría de los estudios de evaluación de la efectividad de los programas de parentalidad positiva se centran en los efectos inmediatos (Barlow et al., 2010; Barlow, Smailagic, Huban, Roloff y Bennett, 2012). Estos estudios muestran que pasados seis meses buena parte de los resultados positivos en los progenitores se han reducido, mientras que pasados un año han desaparecido. En cualquier caso, los resultados de los efectos a largo plazo son contradictorios. Es por ello que es relevante la recogida de información post-intervención, no solo a corto plazo sino también a medio-largo plazo, para disponer de evidencia significativa que permita pensar en propuestas de mejora para consolidar en el tiempo los cambios, si es que se comprueba que son necesarias.

En cuanto a los efectos en los progenitores, en general, las mejoras en los conocimientos, actitudes y autoeficacia son mayores que en conductas y habilidades (Kaminski et al.2008). Los efectos han sido comprobados tanto en aspectos relacionados con las prácticas parentales (comportamientos, conocimiento, habilidades y percepciones) (Kaminski et al., 2008; Lundahl, 2006; Moran, Gate y Van der Merwe, 2004) como en la salud mental de los padres y madres (estrés, ansiedad y depresión) (Arka et al., 2013; Barlow, Coren y Stewart-Brown, 2003; Barlow et al., 2012; Marcynyszyn, Maher y Corwin, 2011). La evidencia de cambios en las conductas parentales, y en la instauración de relaciones familiares más saludables (empleo de menos disciplina agresiva, uso de comunicación positiva, etc.) se han mostrado en familias diversas en cuanto origen cultural (latinas, anglosajonas, chinas, etc.) y trayectoria vital o naturaleza familiar (familias acogedoras, familias negligentes o abusadoras, familias saludable y con niños/as con trastornos de conducta, etc.) (Letarte, Normandeau y Allard, 2010; Webster-Stratton, Gaspar y Seabra-Santos, 2012). Por otro lado, la mejora de la autoeficacia parental ha resultado efectiva en la reducción del estrés parental (Bloomfield et al., 2012).

Aunque en menor medida, se han encontrado también efectos de los programas promotores de parentalidad positiva sobre la disponibilidad y percepción de apoyo social de padres y madres (Byrne, Rodrigo y Martin, 2012; Kane, Wood y Barlow, 2007).

Los resultados sobre el apoyo social, así como el carácter mediador de dicho apoyo sobre el impacto en la salud, son contradictorios. Se ha documentado el aumento de percepción de apoyo social después de la realización de un programa de

educación parental (Byrne et al. 2012; Marcynyszyn et al., 2011), así como también el efecto que dicho aumento ejerce sobre la percepción de los padres y madres de poder llevar a cabo su rol parental de modo más exitoso (Kane et al., 2007). Smith (2010) subraya que algunos programas que sitúan como importante la interacción entre iguales, generan un aumento de apoyo social que reduce el estrés parental y permiten que las madres se sientan más capaces de desarrollar relaciones parentales de calidad. Sin embargo, algunos autores muestran que no existe suficiente evidencia sobre los efectos positivos del apoyo social derivado de las intervenciones parentales sobre el desarrollo del rol (Lundahl, 2006), y una vez más se destaca la necesidad de nuevos estudios sobre este tema (Moran et al., 2004).

Es importante tener en cuenta que los estudios cualitativos contribuyen a mejorar el conocimiento aportado por los estudios cuantitativos. En este sentido, Mockford, Patterson, Stewart-Brown, Barlow, Pyper y Klimes (2005) y Stewart-Brown, Patterson, Mockford, Barlow, Klimes y Pyper (2004) muestran como los padres y madres, tras la intervención, sienten más confianza en ellos mismos, están menos estresados y han mejorado la relación con sus hijos/as, siendo esta más cooperativa. Cercana a esta perspectiva, Kilgour y Fleming (2000) señalan que las madres consideran que el programa las ha empoderado haciéndolas conscientes de que la información, las estrategias y las habilidades trabajadas en las sesiones, pueden ser empleadas de acuerdo a lo que ellas consideren más apropiado en su situación concreta. Ellas se sienten capaces de controlar las situaciones difíciles en la crianza de sus hijos/as, debido a que se les ha ofrecido un espacio donde se tienen en cuenta sus preocupaciones, aspecto que anteriormente raramente era tenido en cuenta por su pareja. Las madres afirman que pese a la finalización del programa ellas se siguen encontrando, y que si en el programa participaran las parejas, éste sería más efectivo.

3.3.3. Programas parentales basados en la evidencia

Los efectos sobre los DSS y el impacto concreto sobre las familias han sido expuestos anteriormente, sin embargo estos efectos no son producidos por cualquier tipo de programa. Es importante clarificar las características que tienen los programas efectivos.

En los EEUU, Australia e Inglaterra la existencia de programas parentales se remonta a las últimas décadas del siglo pasado, lo que permite disponer de una larga trayectoria de creación, implementación y evaluación de diversos tipos de programas, así como el avance hacia una sistematización de los elementos propios que caracterizan la efectividad de los mismos. En primer lugar resulta importante

resaltar los elementos o componentes generales que las revisiones científicas (Asmussen, 2013; CWDC, 2010; Kumpfer y Alvaredo, 2003; Máiquez, Rodrigo y Byrne, 2015; Nation et al., 2003; Small, Cooney y O’connor, 2009) recogen como claves en cualquier programa basado en la evidencia y que quedan sintetizados en los 12 componentes planteados por Small, O’Connor y Coony (2008) [Tabla 3].

TABLA 3: COMPONENTES DE EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE APOYO PARENTAL (SMALL ET AL., 2008)

	Definición de la categoría	Componentes de efectividad
Diseño y contenido del programa	Se identifican los elementos en relación con la estructura y los contenidos que debe tener un programa.	<ul style="list-style-type: none"> - Disponer de una perspectiva teórica empíricamente fundamentada. - Las sesiones son suficientes en dosis e intensidad. - Tienen en cuenta el entorno y las características de las familias y los diferentes factores de riesgo y protección - Limitan el uso de miedo y castigo, como estrategia educativa. - Utilizan técnicas de aprendizaje activo.
Relevancia	Los materiales y las actividades están específicamente diseñados para dar respuesta a las necesidades y ser acordes a las características de la población diana.	<ul style="list-style-type: none"> - Tienen en cuenta la fase de desarrollo de los niños/as. - Se dirigen a participantes cuando ellos están dispuestos a cambiar. - Tienen en cuenta las particularidades socioculturales de los participantes.
Implementación	Interacción entre cómo y qué se implementa	<ul style="list-style-type: none"> - Promueve relaciones positivas - El personal esta adecuadamente formado y comprometido
Evaluación y garantía de calidad	Registro y documentación del programa y evaluación.	<ul style="list-style-type: none"> - Documentan adecuadamente todo el proceso de diseño, implementación y evaluación. - Focalizan en su evaluación y perfeccionamiento desde el inicio.

En primer lugar, se plantean todos los aspectos que tienen que ver con el diseño y contenido del programa. Los programas parentales deben fundamentarse en un modelo teórico válido (teoría del apego, del aprendizaje social, modelo ecológico, entre otros). Este modelo debe guiar la construcción de los diferentes

componentes del programa, el modo en que se fomenta el aprendizaje de los mismos, así como los aspectos generales relacionados con el contenido. Además es importante el tiempo dedicado a trabajar cada aspecto, así como asegurar la comprensión por parte de los diferentes padres y madres. Una herramienta clave son los manuales de contenido que permiten establecer con claridad las bases, el orden del contenido y la difusión del mismo.

En segundo lugar, los programas deben considerar y hacer explícita la población a la que van dirigidos. Son considerados criterios de efectividad que la población no sólo esté detallada, sino que se tenga en cuenta el momento y el modo en que se debe trabajar con la población diana, así como los objetivos formulados adaptados a sus características y necesidades específicas. Será importante por tanto la adaptación cultural, a la edad, así como tener en cuenta si el tipo de intervención es universal o centrada en un tipo de población concreta.

En tercer lugar, otro componente relevante es la cualificación, formación y habilidades de los profesionales encargados de la implementación del programa. Esta formación no sólo debe ser presente y centrada en la habilidad para trabajar los contenidos del programa, sino que deben existir mecanismos que permitan evaluar la fidelidad con la que el programa está siendo implementado. Además, la capacidad de los facilitadores de dirigir las sesiones estructuradas con genuinidad, y generando un ambiente de compromiso, calidez, empatía y confianza han sido mostrados como efectivos.

En cuarto lugar, los autores se refieren a los aspectos relacionados con la evaluación de los programas. Los programas deben contemplar uno o varios momentos destinados a analizar si la intervención ha conseguido los resultados esperados. Para ello será indispensable contar con un diseño de evaluación riguroso fundamentado en una selección de la muestra clara y suficiente, unos métodos de recogida de datos validados y diversos, y un proceso de análisis que tenga en cuenta las diferentes estrategias para emplear la más apropiada. El proceso de evaluación debería ser desarrollado preferiblemente por personal ajeno a la implementación. Los diseños considerados de más calidad son aquellos basados en controles aleatorios que permiten realizar inferencias. Finalmente, la evaluación debe permitir introducir mejoras en el programa, contrastar los resultados y diseminar la información para asegurar la réplica de los programas basados en la evidencia.

Además de estos componentes generales para asegurar la efectividad de dichos programas, tanto desde el CDC (2009) como Kumpfer y Alvaredo (2003) describen otros indicadores metodológicos y de contenido para asegurar la efectividad de

estos programas. En la Tabla 4 se puede consultar la síntesis de estos indicadores, así como las recomendaciones para llevar a la práctica dichos indicadores. Éstos están organizados de acuerdo a los indicadores que aseguran efectos en progenitores, aquellos que se orientan a obtener resultados en niños y niñas y finalmente en ambos.

TABLA 4: INDICADORES DE EFECTIVIDAD Y RECOMENDACIONES DE LOS PROGRAMAS DE PARENTALIDAD POSITIVA (ELABORACIÓN PROPIA, 2013)

	Indicadores de efectividad	Recomendaciones
Mejora de las capacidades parentales	Consolidar la participación a través de la cercanía, la motivación y la percepción de utilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Moderadores cercanos, empáticos, que generen confianza y calidez y guíen las sesiones estructuradas de forma genuina. -No prescriptivo, focalizar en la dimensión afectiva. - Apoyo entre iguales - Llamadas regulares - Ofrecer estrategias a los padres/madres que puedan aplicar para solucionar algunos de los problemas percibidos por ellos -Ofrecer comida, servicios de guardería, transporte, premiar el completar los deberes en casa y la asistencia, reconocer la finalización del programa.
	Ejemplos y recomendaciones adaptados culturalmente. Evitar juicios de valor cultural.	<ul style="list-style-type: none"> - Equipos interculturales diversos -Incluir la crítica punitiva progresivamente
	Reducir barreras socioeconómicas que impiden la participación	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de guardería -Transporte gratuito, compartido o accesibilidad del espacio
	Proporcionar habilidades basadas en la comunicación desde las emociones	
	Ofrecer espacios dedicados a que padres/madres puedan reflexionar	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologías interactivas (videos, role-playing, deberes prácticos, etc.) y colaborativas (autoresolución de situaciones)
	Promover habilidades y comportamientos que padres y madres deben desarrollar en cada etapa evolutiva	

TABLA 3: INDICADORES DE EFECTIVIDAD Y RECOMENDACIONES DE LOS PROGRAMAS DE PARENTALIDAD POSITIVA (ELABORACIÓN PROPIA, 2013) (CONTINUACIÓN)

	Indicadores de efectividad	Recomendaciones
Mejora comportamientos niños/as	“Time out” como estrategia para reducir otras formas de disciplina física	
	Transmitir toda la familia las mismas reglas y de forma sostenida	
Ambos	Contenidos arraigados a la vida familiar	Enseñar a los padres/madres habilidades para interactuar positivamente con sus hijos/as en las actividades diarias
	Participación infantil	Sesiones compartidas padres/madres e hijos/as
	Modelo teórico de base del programa	Debe guiar la construcción y desarrollo del programa y sus sesiones (apego, aprendizaje social, modelo ecológico, etc.)
	Evaluación del programa	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos validados - Metodología mixta - Diseño fuerte (experimental vs no-experimental) . Muestra suficiente y bien seleccionada - Análisis centrado en métodos rigurosos

Más allá de los indicadores ya destacados por otros autores en cuanto al modelo teórico y la evaluación, se identifican otras recomendaciones. Se ha comprobado que el impacto en padres y madres, depende de que el programa cuente con momentos dedicados a reflexionar junto con los participantes y a que estos adquieran habilidades que aseguren una comunicación basada en las emociones. Seguidamente, se recomiendan también aquellas habilidades centradas en la interacción positiva paterno-filial. Asimismo, se sugiere incluir sesiones donde padres/madres e hijos/as interaccionan poniendo en práctica habilidades adquiridas. La adquisición de conocimientos sobre las etapas evolutivas del menor no se consideran efectivas, sin embargo su efectividad aumenta si se conecta con las habilidades y comportamientos que padres y madres deben desarrollar en cada etapa. Por tanto, se identifican como más efectivas y duraderas aquellas intervenciones que producen cambios cognitivos, afectivos y de comportamiento en las dinámicas y ambientes del día a día familiar.

Kumpfer y Alvaredo (2003) y Saunders et al. (2013) muestran que las metodologías interactivas para trabajar habilidades basadas en la visualización o desarrollo de estrategias prácticas (role-playing, videos, deberes prácticos para casa, entre otros.), en oposición a las clases teóricas, se han mostrado más efectivas y satisfactorias para las familias. Éstas permiten mejorar las habilidades parentales

a partir de la reducción del estrés emocional que genera la aproximación y puesta en práctica de técnicas de parentalidad positiva. El empleo de metodologías colaborativas, donde los padres y madres busquen sus propias soluciones a las situaciones de dificultad, han sido situadas como efectivas no sólo en la construcción de relaciones de apoyo, sino en la reducción de las resistencias al cambio y el abandono del programa.

Asimismo, incorporar elementos de motivación para las familias como ofrecer comida, transporte, servicio de guardería, premiar la asistencia y la realización de los deberes, y el reconocimiento en la finalización del programa han sido relacionados con mejores tasas de captación y retención de las familias.

En relación con la consecución de resultados en los comportamientos de los menores, los programas deben plantear el aprendizaje del correcto uso de la estrategia conductual “Time out”. Esta estrategia se sitúa como eficaz para reducir cualquier forma de disciplina física, y se basa en la ubicación del niño/a en un lugar fijo, fomentando su reflexión sobre un conflicto o comportamiento inadecuado ocurrido, y evitando la atención y cualquier forma de refuerzo por parte de los progenitores. Seguidamente, se fomenta que los padres/madres sean conscientes de la importancia de transmitir toda la familia las mismas reglas y de forma sostenida. Finalmente se considera importante en la efectividad del programa en los niños/as, el uso de las estrategias comentadas anteriormente como efectivas en los progenitores- interacción positiva paterno-filial y sesiones del programa donde también participen los menores- (CDC, 2009).

3.3.4. Determinantes sociales en salud: modificadores de efectividad

Resulta importante aproximarnos a la relación que un programa de apoyo parental guarda con los determinantes sociales de la salud. En apartados anteriores hemos visto que una intervención promotora de la parentalidad positiva puede ser una estrategia efectiva para actuar sobre los determinantes sociales de la salud, y que genera importantes resultados en los diferentes componentes de la familia, pero sin embargo cabe reflexionar sobre si la efectividad puede ser modificada por otros determinantes sociales.

Se ha documentado que las familias de grupos minoritarios, monoparentales, de bajo nivel de estudios y de bajo nivel socioeconómico son las que menos completan los programas (Lundahl, 2006; Whittaker y Cowley 2012). En este sentido, Lavigne, LeBailly, Gouze, Binns, Keller y Pate (2010) señalan que algunas familias

pertenecientes a grupos minoritarios, o a clases sociales desfavorecidas, emplean estrategias o técnicas muy diferentes a las recomendadas en los programas de soporte parental. Leidy et al. (2010) refuerzan esta idea, y muestran que en colectivos inmigrantes, como es el caso de los latinos, se debe tener en cuenta no sólo las adaptaciones de la lengua, sino también de las expresiones y ejemplos culturales, para asegurar su efectividad. Esto puede generar que los progenitores los abandonen porque sienten que el programa se sitúa alejado de sus prácticas cotidianas. Las autoras proponen que una buena estrategia puede ser que el equipo promotor del programa sea intercultural. Por otra lado, subrayan la importancia de adaptar los programas introduciendo la crítica a la disciplina punitiva, más presente en las familias de posiciones socioeconómicas desfavorecidas, de forma progresiva que pueda ser bien recibida, aceptada y cambiada por estas familias. Las familias no deben ver el programa como una carga o un castigo, sino como una ayuda.

Algunos elementos que Whittaker y Cowley (2012) consideran que dificultan la asistencia y compromiso con los programas, y por tanto se sitúan como una dificultad para la efectividad de los programas, son la no disponibilidad de recursos para cuidar a los niños/as durante las sesiones o la falta de transporte, entre otras. Las políticas de transporte y de prestación de cuidados de los menores por parte del estado son determinantes claves.

Raikes y Thompson (2005) exponen que los programas que cuentan con familias con bajos niveles de ingresos o en riesgo de exclusión deben tener en cuenta que el estrés, no sólo en el ejercicio del rol, sino el generado por sus circunstancias de vida, incide específicamente sobre el ejercicio del rol parental. Fomentar la autoeficacia, ayudar a los progenitores a identificar la solución de algunos de los problemas con sus hijos/as o hacerles sentir que pueden controlar lo que les sucede, son aspectos que pueden contribuir a la reducción de este estrés.

Mockford y Barlow (2004) y Stewart-Brown (2008) identifican que uno de los aspectos, sobre todo entre las madres, que ponen en peligro la efectividad del programa, son las dificultades de aplicar lo aprendido en casa. Los motivos principales que describen son: porque el miembro de la pareja no asistente no aplica las nuevas técnicas, o por la imposibilidad de encontrar tiempo para ejercer el rol parental conjuntamente. Se ha relacionado esta situación con un aumento de los conflictos familiares en relación a la crianza de los niños/as. Por tanto, resulta interesante reflexionar sobre el papel que juegan también las desigualdades de género y el tipo de familia en la efectividad del programa.

Las intervenciones que plantean como clave el soporte entre iguales, el desarrollo de la confianza entre quien se beneficia y orienta la intervención han mostrado efectos positivos en la salud mental de padres/madres e hijos/as (Smith, 2010). Los programas en los que se recibe apoyo de otros iguales, y moderadores se muestran cercanos, o hacen llamadas telefónicas de recordatorio desde el conocimiento del proceso familiar, son más efectivos, ya que la familia percibe positivamente la atención y el soporte que recibe. Asimismo también resulta efectiva la conexión, a través del programa, con otras redes de apoyo formal o informal del territorio (Whittaker y Cowley, 2012).

BLOQUE II- FINALIDAD

Este segundo bloque representa la parada necesaria entre la teoría y la metodología. En él se exponen los interrogantes y objetivos surgidos tras la revisión teórica y las primeras aproximaciones al terreno de investigación. A su vez estos objetivos y dudas representan el paso previo al diseño de la hoja de ruta metodológica, que permitirá llevarnos a la consecución de los resultados.

Capítulo 4- Interrogantes y objetivos

*El experimentador que no sabe lo que está buscando
no comprenderá lo que encuentra.*

Claude Bernard.

Hasta el momento se ha hecho un amplio recorrido por los diferentes supuestos y perspectivas teóricas que permiten situar las bases de esta investigación. Llegado este punto es preciso describir los interrogantes a los que quiere dar respuesta esta investigación. Estos interrogantes son la clave para formular los objetivos que se persiguen y la finalidad que se persigue con cada uno de ellos (Tabla 5).

Toda investigación surge de unos intereses propios, institucionales o de equipo que derivan de una o varias curiosidades iniciales. En el caso de esta investigación, el interés surge de una conexión personal directa con la implementación del programa aquí evaluado, que deriva en diversos interrogantes en relación a sus efectos y sus posibilidades de mejora. La curiosidad sobre la potencialidad del programa experimentada desde la práctica, es reforzada por la exploración y la inmersión teórica que hace que dicha investigación surja de los múltiples interrogantes que se describen a continuación, y que ayudan a marcar los objetivos y variables implicados.

4.1. Interrogantes

- ¿El PHP es efectivo? ¿Lo es para todos los participantes por igual?
- ¿El *PHP* reduce el estrés parental y los comportamientos infantiles negativos y mejora las habilidades parentales y el apoyo social de padres y madres al finalizar su aplicación?
- ¿Qué efectos existen en los padres/madres pasados seis meses de la aplicación del programa?
- ¿Qué determinantes sociales se asocian a un mayor éxito en el desarrollo de las habilidades parentales y del apoyo social y de la reducción del estrés parental y de los comportamientos infantiles negativos?

4.2. Objetivo general

Evaluar la efectividad del PHP

4.3. Objetivos específicos

1. Identificar los cambios inmediatos tras la participación en el PHP en el desarrollo de las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social
2. Identificar los cambios en el desarrollo de las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social pasados seis meses de la participación en el PHP.
3. Analizar los determinantes sociales asociados con el éxito del PHP

TABLA 5: FINALIDAD, INTERROGANTES Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Finalidad	Interrogantes	Objetivos
	¿El PHP es efectivo? ¿Lo es para todos los colectivos por igual?	
	Evaluar la efectividad del PHP	
Descripción	<p>¿El PHP reduce el estrés parental y los comportamientos infantiles negativos y mejora las habilidades parentales y el apoyo social de padres y madres al finalizar su aplicación?</p> <p>¿Qué efectos existen en los padres/madres pasados seis meses de la aplicación del programa?</p>	<p>Identificar los cambios inmediatos tras la participación en el PHP en el desarrollo de las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social</p> <p>Identificar los cambios en el desarrollo de las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social pasados seis meses de la participación en el PHP.</p>
Análisis y comprensión	¿Qué determinantes sociales se asocian a un mayor éxito en el desarrollo de las habilidades parentales y del apoyo social y de la reducción del estrés parental y de los comportamientos infantiles negativos?	Analizar los determinantes sociales asociados con el éxito del PHP

BLOQUE III- METODOLOGÍA

En este tercer bloque se expone la hoja de ruta necesaria para dar respuesta a los interrogantes y conseguir los objetivos planteados anteriormente.

En primer lugar, en el capítulo 5 se muestra el enfoque metodológico del cual parte el estudio, donde la investigación evaluativa es el método aplicado. Se realiza un recorrido por las diferentes concepciones de la investigación evaluativa tanto desde una perspectiva del paradigma pragmático, como en tanto que metodología de investigación. En este segundo caso se exponen las diferentes visiones de la investigación evaluativa en función de la disciplina que las promulga, para acabar destacando los elementos de convergencia requeridos en este estudio.

Posteriormente, se describe el diseño multimétodo de la investigación, también denominado mixto o cuantitativo y cualitativo. Inicialmente se exponen las diferentes concepciones y posibilidades del diseño multimétodo, y posteriormente se describe la aplicación concreta de la concepción escogida para este estudio.

En segundo lugar, en el capítulo 6, se describen el conjunto de fases que conforman el diseño de la investigación, es decir, el plan de acción metodológico. Se muestran los pasos seguidos en cuanto a: (1) la aproximación teórica, al contexto y de establecimiento de los interrogantes de la investigación, (2) el establecimiento del plan de evaluación, (3) la adaptación del instrumento original de evaluación de las habilidades parentales (4 y 5) la descripción de los subestudios cuantitativo y cualitativo, y (6) la interpretación de resultados y elaboración de propuestas respecto al programa.

En último lugar, en el capítulo 7, se exponen los criterios científicos y éticos en los que se ha fundamentado este estudio.

Capítulo 5- Enfoque metodológico

*En algunos casos la suma de armonías puede ser casi empalagosa.
En otros el conjunto de desarmonías produce algo mejor que la belleza.*

Mario Benedetti

Una vez clarificados los objetivos, a continuación se describen el enfoque y el método que emplearemos. Existen dos conceptos claves para la fundamentación metodológica de la investigación educativa que son el paradigma y la metodología. De Miguel (1988:66) se refiere al concepto de paradigma, acuñado por Kuhn en 1962, como <<un modo de ver, analizar e interpretar los procesos educativos que tienen los miembros de una comunidad científica y que se caracteriza por el hecho de que tanto científicos como prácticos comparten un conjunto de valores, postulados, fines, normas, lenguajes, creencias y formas de percibir y comprender los procesos educacionales>>. El paradigma en el que se base la investigación debe estar guiado por una metodología que, según Sabariego (2004), está conformada por los distintos métodos o tipos de investigación con una variedad de técnicas particulares, de carácter más práctico y operativo, que permiten hacer efectivo su desarrollo.

Esta investigación se caracteriza por ser un espacio de convergencia entre tres ámbitos disciplinares: salud pública, educación y ciencias sociales. Teniendo en cuenta esto, resulta complicado establecer como punto de partida un único enfoque metodológico, y aún más difícil emplear exclusivamente los métodos de uno de estos ámbitos. Diversos autores (Murillo, 2005; Sabariego, 2004; Sandín, 2003) plantean que desde el ámbito de la investigación socioeducativa se apuesta por la lógica de la integración de métodos y técnicas de diferente naturaleza. Firestone (1990) subraya que esta integración también puede darse entre diferentes paradigmas, y así lo muestran diversos estudios. Sin embargo, acostumbra a ser más complicado, y conviene en todo caso clarificar las bases ontológicas y epistemológicas que guían la investigación (De Miguel, 2000). Desde la tesis de la diversidad complementaria se sostiene que los paradigmas son

compatibles, complementarios y no competitivos, tanto para diferentes problemas, como para el análisis desde diferentes perspectivas (Escudero, 2011).

A continuación, se presenta la investigación evaluativa como la base metodológica de este estudio en el cual convergen métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas. Esta metodología, como veremos, se nutre tanto del enfoque de *Salud Pública basada en la evidencia*, como de la perspectiva de *Investigación de Intervenciones*. Asimismo se plantea un punto de partida que se nutre del paradigma pragmático (Fishman, 1991) donde se considera que el conocimiento es construido desde el contexto social y cultural, y los programas deben ser evaluados conectándose con la práctica y las condiciones donde son implementados, y todo ello debe contribuir a la toma de decisiones. Este paradigma, como veremos, es de naturaleza híbrida.

5.1. La investigación evaluativa desde el paradigma pragmático

La investigación evaluativa se utiliza para la evaluación de programas, políticas e intervenciones de diferente naturaleza. Sin embargo, pese a su amplio uso la literatura muestra múltiples divergencias en su conceptualización y uso.

La investigación evaluativa ha sido conceptualizada como una tradición o metodología (Sandín, 2003) o como un método (Sabariego, 2004). Asimismo, algunos autores restringen la investigación evaluativa al paradigma crítico (Sabariego, 2004) y otros consideran que ésta puede ser enmarcada en paradigmas positivistas o interpretativos (Bausela, 2004) o en modelos o perspectivas positivistas, pragmáticas, críticas o interpretativas (Colás y Rebollo; 1993; Green, 2000).

En este estudio consideramos la investigación evaluativa sustentada en el paradigma pragmático formalizado por Fishman (1991). Este paradigma es de base crítica (Escudero, 2011), ya que se orienta hacia la transformación y la toma de decisiones, y en él convergen aspectos de los paradigmas positivista y hermenéutico (Escudero, 2005-2006). Morgan (1998) refuerza esta idea de convergencia, planteando que el paradigma pragmático, basado en métodos mixtos, va más allá de la objetividad y la subjetividad, focalizando en la intersubjetividad, y de la generalización y la contextualización, centrándose en la transferibilidad. Por tanto, su naturaleza híbrida es clara. Finalmente, existen algunos elementos distintivos propios, como son la orientación directa a la práctica o la complejidad del análisis cuantitativo de diferentes variables sociales, que lo hacen situar como paradigma central de este estudio. Debemos destacar, que este paradigma ha sido considerado un enfoque útil para la evaluación de

intervenciones familiares debido a su potencial en la recogida de información de múltiples formas, para hacer un uso práctico del conocimiento en relación a la efectividad de programas (Robertson, 2009).

El paradigma pragmático se enmarca en el construccionismo social. Surge en las ciencias sociales y educativas como una ruptura con la teoría positivista, introduciendo el papel protagonista del contexto sociocultural en la construcción de conocimiento (Gergen y Gergen, 2007). Este paradigma huye de las concepciones que buscan analizar la información desde un laboratorio donde todas las variables pueden ser controladas, con el objetivo de establecer leyes generales en este caso en relación a la intervención socioeducativa. Por el contrario, desde este paradigma se apuesta por focalizar en las condiciones concretas del mundo real desde donde se obtiene la información, con el objetivo de aproximarnos a los factores que ayudan o dificultan la efectividad de la intervención y así poder tomar decisiones al respecto (Fishman, 1991).

Escudero (2005-2006) realiza una lista de los aspectos que Fishman (1988) destaca del paradigma pragmático y que son útiles para comprender la orientación de este estudio:

- Investigación en situaciones reales
- La observación es la principal fuente de conocimiento
- Se considera que los comportamientos son determinados y predecibles
- Emplea datos cuantitativos y cualitativos, aunque destaca el importante volumen de datos cuantitativos que deben ser analizados
- La finalidad principal es la solución de problemas sociales y psicológicos concretos a partir de programas sociales que pretenden dar respuesta a esos problemas, y la toma de decisiones que permitan poner en práctica estos programas.

Por tanto vemos que la hibridez del enfoque pragmático se sitúa como idónea para una investigación, como la que aquí se plantea, en la que se pretende identificar los factores que determinan la efectividad variable del PHP con el objetivo de mejorarlo para asegurar su buen funcionamiento.

Hablamos de hibridez ya que el paradigma pragmático permite recoger aspectos de las diferentes perspectivas descritas por Colás y Rebollo (1993), Green (2000) y Sandín (2003). En primer lugar, el enfoque positivista que busca la descripción de las causas y hace uso de instrumentos cuantitativos para la recogida de datos. Como sabemos, queremos identificar los efectos del PHP en las familias. En segundo lugar, se nutre de una perspectiva hermenéutica, en tanto que pretende

comprender los predictores y los procesos o mecanismos que explican los efectos producidos por el PHP. Se utilizan estrategias cualitativas para comprender cuáles han sido los mecanismos. Finalmente, el paradigma recoge aspectos de la perspectiva sociocrítica, en que la transformación, la toma de decisiones y la búsqueda de la equidad son claves, en tanto que se pretende que los hallazgos y la comprensión de los cambios producidos tras la participación de las familias en el programa, puedan contribuir a transformarlo y mejorarlo para asegurar que los diferentes perfiles poblacionales puedan beneficiarse de él.

Por tanto, queremos concluir destacando el protagonismo del paradigma pragmático a partir de las aportaciones de Weiss (1972) donde sitúa que, tras el análisis de diversas experiencias de investigación evaluativa, los resultados deben verse reflejados en una toma de decisiones para la mejora de la calidad de los programas. Con esta aportación, queremos destacar la necesidad de este enfoque pragmático para no limitar la orientación de la investigación evaluativa a la descripción y la comprensión de los hallazgos, o la participación de los diferentes agentes implicados como garantía de calidad en la evaluación, sino a la necesidad de que todas estas aportaciones al conocimiento se traduzcan en una mejora de la calidad del programa, y de las políticas e investigaciones futuras.

5.2. La investigación evaluativa como metodología

De la Orden (1985) plantea que la primera vez que se empleó el término “investigación evaluativa” fue en el contexto del Educational Index en 1974 y se conceptualizó como:

*<<El proceso sistemático de recogida y análisis de información fiable y válida para tomar decisiones sobre un programa educativo. Este proceso, en la medida en que es riguroso, controlado y sistemático, constituye un modo de investigación que hoy se conoce con el nombre de investigación evaluativa>>
(P.134)*

Otros autores como Gredler (1996) o Kish (1987) consideran que existen referencias a la investigación evaluativa anteriores, como las citadas en 1955 en el International Social Science Bulletin, o el primer macroestudio de un programa educativo llevado a cabo en 1932 por Tyler. En 1967 Wright empieza a hablar de la investigación evaluativa equiparable a otras formas de investigación social y ligada estrechamente a la evaluación de programas, empleando técnicas de las ciencias sociales de forma rigurosa, sistemática y exhaustiva.

Esta estrecha relación con las ciencias sociales se mantiene actualmente. Rossi, Lipsey y Freeman (2003) plantean que la investigación evaluativa usa las metodologías de la investigación social para juzgar y mejorar la planificación, la verificación, la efectividad y la eficacia de programas sociales de salud, educación, bienestar comunitario y otros. Cabrera (1987) refuerza su conceptualización planteándola como una forma de investigación aplicada, que pretende valorar la eficacia o éxito de una intervención para promover una optimización de la situación. Estas últimas aproximaciones a la investigación evaluativa permiten comprender su esencia específica en comparación con la investigación social general (Kish, 1987):

- No basta con aportar conocimientos, se debe precisar la magnitud de los resultados de la investigación y deben traducirse en mejoras del programa social.
- Existe una cooperación constante entre la agencia responsable del programa y el equipo de investigación, aunque se necesita cierta separación para asegurar la objetividad.
- El evaluador no tiene tanta libertad práctica para diseñar su estudio, ya que se ve marcado por las condiciones y necesidades específicas del contexto natural del programa.
- El control empírico resulta en ocasiones complicado.

Pese a la claridad y concreción que aportan algunas de estas definiciones, como plantea Bausela (2003), la cantidad de modelos y enfoques evaluativos, así como la multitud de formas de clasificación de los mismos, hacen que la aproximación a esta metodología no sea sencilla. Asimismo, al margen de su propia conceptualización, resulta importante destacar también los elementos que la diferencian de la investigación social en general, y en este estudio podríamos añadir también de la *Investigación de intervenciones* o de *la Salud Pública Basada en la Evidencia* (SPBE).

Scriven (1994) ofrece una clasificación de modelos de evaluación que Escudero (2005-2006; 2011) ordena y que son descritos a continuación en la Tabla 6, habiéndose complementado algunas características aportadas por Martínez (2004) que nos permitan aproximarnos a este abanico de concepciones. Debemos resaltar que no se recogen todos los enfoques existentes debido a su amplitud, pero si los trece principales. De cada uno de estos enfoques se identifica la década en la que surgen, así como las principales ideas que el modelo propone a la conceptualización de la investigación evaluativa.

TABLA 6: SÍNTESIS MODELOS INVESTIGACIÓN EVALUATIVA (ELABORACIÓN PROPIA, 2014)

Autor principal	Línea temporal	Principales características del modelo	Clasificación según Scriven (1994)
Tyler (1950)	Origen de la evaluación educativa sistemática	Evaluación centrada en las metas y objetivos. Se requiere la elaboración de instrumentos para medir el logro de los objetivos.	Visión fuerte de la toma de decisiones
Cronbach (1963)	Años 60: Tras las recomendaciones de Tyler, surge la necesidad de caminar hacia la valoración de la eficacia y el valor intrínseco de la evaluación para la mejora de la evaluación.	Modelo UTO. Debe analizarse el grupo de participantes, el tratamiento de la evaluación, las operaciones que lleva a cabo el evaluador para recoger la información y el contexto en el que tiene lugar la evaluación y el programa. Enfatiza la comprensión, planificación y mejora de los programas sociales. Habla de la necesidad de criterios para evaluar y no de comparación entre grupos como método de evaluación. Apuesta por estudios analíticos y bien controlados	Visión del proceso social
Scriven (1967)	Años 60: Tras las recomendaciones de Tyler, surge la necesidad de caminar hacia la valoración de la eficacia y el valor intrínseco de la evaluación para la mejora de la evaluación.	Modelo sin metas. Se centra en la valoración de los efectos y las necesidades, prescindiendo de los objetivos del programa. Diferencia entre evaluación como metodología y las funciones de la evaluación en un contexto particular que dependen del uso que hacemos de la información recogida. Se introduce la distinción entre evaluación formativa y sumativa y entre extrínseca e intrínseca. Necesidad de evaluar los propios objetivos y en qué medida éstos han sido alcanzados.	

TABLA 5: SÍNTESIS MODELOS INVESTIGACIÓN EVALUATIVA (ELABORACIÓN PROPIA, 2014) (CONTINUACIÓN)

Autor principal	Línea temporal	Principales características del modelo	Clasificación según Scriven (1994)
Suchman (1967)	Años 60: Tras las recomendaciones de Tyler, surge la necesidad de caminar hacia la valoración de la eficacia y el valor intrínseco de la evaluación para su mejora	Diseño evaluativo centrado en el método científico	
Stake (1975)	Años 70- 80: Brote de modelos evaluativos y profesionalización	Modelo respondente. Evaluación centrada en la atención al cliente. Carácter etnográfico o periodístico que pretende recoger las diferentes perspectivas en relación al programa y exponerlas. No se emite ningún tipo de afirmación valorativa, ni siquiera el marco de valores de los clientes	Visión de la descripción rica, fértil y completa
Stufflebeam y Shinkflied (1970)	Años 70- 80: Brote de modelos evaluativos y profesionalización	Modelo CIPP basado en el análisis del Contexto, los Inputs, el Proceso y el Producto.	Visión fuerte de la toma de decisiones
Parlett y Hamilton (1977)	Años 70 -80: Brote de modelos evaluativos y profesionalización	Evaluación iluminativa. Enfoque holístico, descriptivo e interpretativo.	
McDonald (1976)	Años 70-80: Brote de modelos evaluativos y profesionalización	Evaluación democrática. Supone la participación colaborativa de los implicados, siendo el contraste de opiniones la clave.	
Alkin (1969)	Años 70 -80: Brote de modelos evaluativos y profesionalización	Centro para el Estudio de la Evaluación. El evaluador proporciona información relevante para la toma de decisiones, pero no debe emitir una conclusión o juicio.	Visión débil hacia la toma de decisiones.

TABLA 5: SÍNTESIS MODELOS INVESTIGACIÓN EVALUATIVA (ELABORACIÓN PROPIA, 2014) (CONTINUACIÓN)

Autor principal	Línea temporal	Principales características del modelo	Clasificación según Scriven (1994)
Guba y Lincoln (1989)	Años 80 – 90: Cuarta generación	Rechaza una evaluación orientada a la búsqueda de calidad, mérito o valor. Evaluación entendida como una construcción por individuos y surgida de la negociación.	Visión constructivista de la cuarta generación
Rossi y Freeman (1993)	Años 90-00	El evaluador se sitúa distanciado de las conclusiones. Se expone el marco de valores de los diferentes clientes	Visión relativista
Fetterman (2000)	Años 90-00	Evaluación como <i>empowerment</i> . La finalidad de la evaluación no es el mérito o el valor, sino la transformación y emancipación social.	
Scriven (1994)	Años 90-00	Modelo transdisciplinar. Se entiende la investigación evaluativa como una metodología que trasciende disciplinas. El evaluador es considerado el encargado de determinar el mérito o el valor del programa, y los productos del mismo. Se puede orientar a la evaluación de distintos niveles (programas, personal, etc.) y se requiere una visión técnica.	

Vemos por tanto, que el trabajo de descripción y clasificación para comprender la metodología de investigación evaluativa es complejo, e incluso sin criterios comunes que nos ayuden a posicionarnos en un modelo u otro. Escudero (2011) plantea que a la hora de desarrollar una investigación evaluativa no es obligatorio centrarnos en la elección de un modelo o enfoque, es más, es recomendable

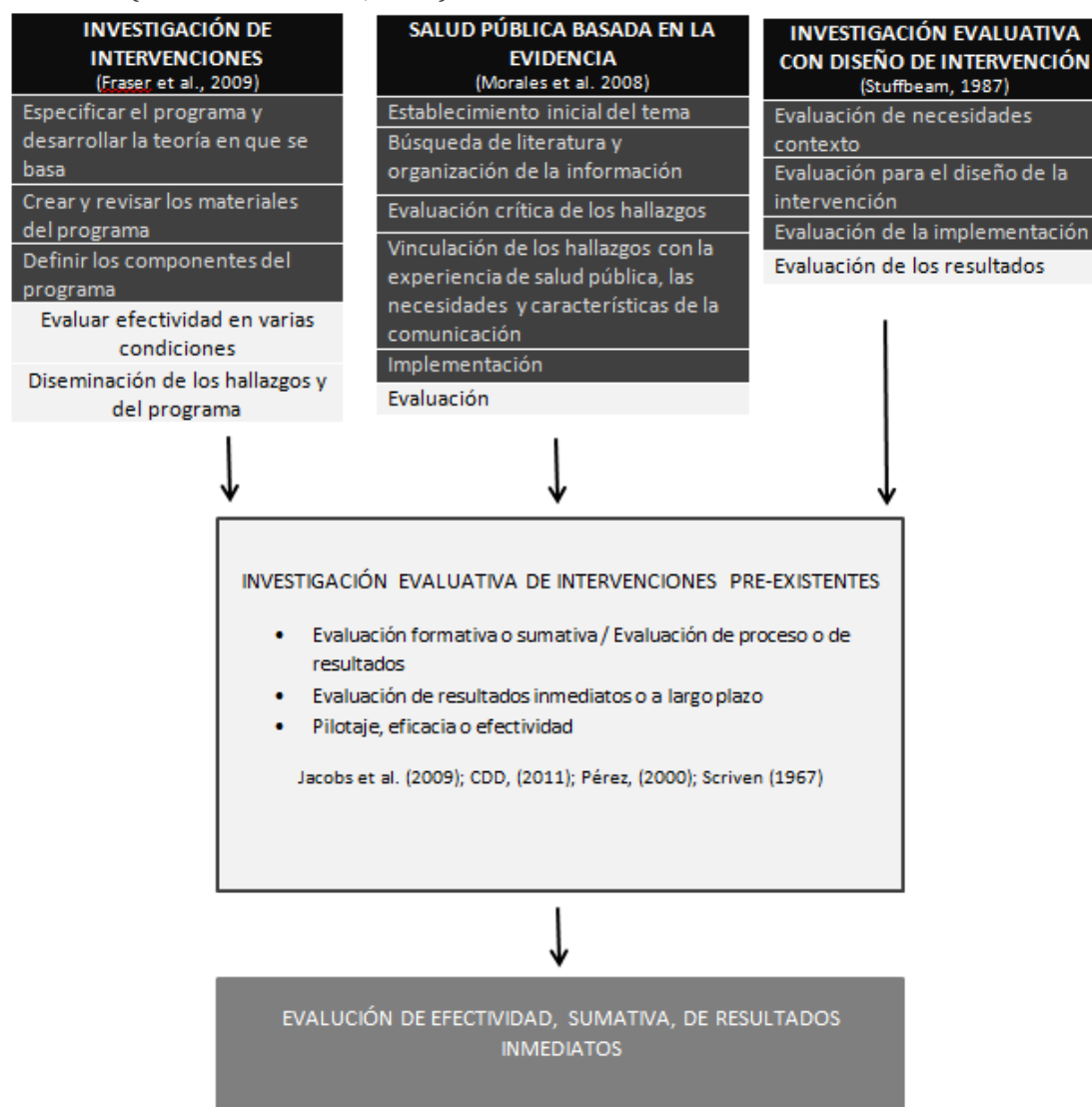
establecer un riguroso proceso de investigación y ayudarnos de los diferentes enfoques teóricos y metodológicos para ir desarrollándolo.

De acuerdo con esto, para clarificar la naturaleza de este estudio se ha apostado por distinguir entre dos propuestas de investigación evaluativa:

- Aquella que no sólo evalúa los resultados de la intervención, sino que evalúa otros elementos que guían su diseño e implementación.
- Aquella situada en la última fase del proceso en que el diseño y el desarrollo de la intervención ya ha sido realizado por el mismo u otro agente. Se evalúa una intervención pre-existente.

Este estudio se caracteriza por ser una evaluación de una intervención pre-existente. Se centra en la evaluación de resultados inmediatos y pasados seis meses. En la Figura 14 se puede observar como la investigación evaluativa centrada en evaluaciones pre-existentes, representa el final de las fases de las otras tres propuestas metodológicas de los ámbitos de la salud, las ciencias sociales y de la educación (SPBE, Investigación de intervenciones e Investigación evaluativa). A continuación nos aproximaremos a estas tres propuestas metodológicas, para comprender nuestra apuesta por la evaluación de la efectividad.

FIGURA 14: PROCESO DE FOCALIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EVALUATIVA CENTRADA EN LA EFECTIVIDAD (ELABORACIÓN PROPIA, 2014)



Algunos autores entienden la investigación evaluativa como un proceso más largo que incluye las fases previas de evaluación de las necesidades y evaluación de las estrategias, materiales y otros componentes que permitan diseñar la intervención. Esta perspectiva de la investigación evaluativa incluye la evaluación como fase previa al diseño de la intervención. Este es el caso, por ejemplo, de la propuesta de Stufflebeam (1987) que se ha citado anteriormente, con amplia difusión a nivel nacional e internacional. El autor plantea la metodología *Contexto-Input- Proceso-Producto (CIPP)*, en la cual el evaluador debe analizar el contexto, las necesidades de la población a la que va dirigido el programa, el proceso mediante el cual el programa es implementado y los resultados del mismo. Tejedor (2000) plantea un modelo similar. Se refiere a la evaluación de necesidades, seguida de la evaluación de diseño, la evaluación de la implementación, de los resultados y finalmente la metaevaluación donde se plantean las metas de cambio estratégico.

Esta perspectiva de la investigación evaluativa es muy similar a la aproximación de la Investigación de Intervenciones y con la Salud Pública Basada en la Evidencia que se describen sintéticamente a continuación y en la Figura 14.

Según Fraser, Richman, Galinsky y Da (2009), la investigación evaluativa, centrada en la evaluación de los procesos y resultados de una intervención o servicio preexistente (Rossi et al., 2003), es la parte final de una metodología más amplia, la investigación de intervenciones, que comienza en el diseño y la implementación de las intervenciones. Estos autores resaltan que la investigación evaluativa no incluye el diseño y el desarrollo de la intervención.

La investigación de intervenciones se plantea en clave de cinco fases donde, en primer lugar, se debe localizar y describir adecuadamente el problema social, educativo o de salud al que la intervención dará respuesta. Tanto la caracterización del problema, como las siguientes fases centradas en el diseño de la intervención, deberán basarse en una búsqueda sistemática de información que permita justificar la relevancia del problema, así como los componentes que caracterizarán a la intervención. En este caso, será importante que la intervención diseñada se base en los estándares publicados de otras intervenciones basadas en la evidencia (IBE) o incluso en la adaptación de una IBE al contexto concreto.

Esta propuesta metodológica guarda estrecha relación con las aportaciones realizadas desde la SPBE. Brownson, Fiedding y Maylahn (2009) plantean la SPBE como el uso consciente, explícito y sensato de la evidencia vigente para tomar decisiones sobre el cuidado de las comunidades y la protección de la salud, prevención de la enfermedad, y el mantenimiento y la promoción de la salud (Jenicek, 1997). Morales, Gonzalo, Martín y Morilla (2008) consideran que las intervenciones en salud pública, lejos de encontrarse en entornos controlados como los laboratorios, se desarrollan en contextos complejos, poco controlables, que determinan los resultados de las mismas. La SPBE surge como alternativa a la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) instaurada notablemente como método de evaluación de la efectividad de las intervenciones clínicas. La MBE se fundamenta en el estudio a través de ensayos aleatorios controlados que permiten mostrar exhaustivas evidencias. Sin embargo, como indican Des Jarlais, Lyles, Crepaz y TREND Group (2004) y Nebot (2006), las intervenciones en salud pública no se pueden regir por las normas de evaluación de métodos experimentales como la MBE, ya que, entre otros aspectos, resulta difícil realizar ensayos aleatorizados controlados, e incluso establecer grupos control comparables.

El modelo de SPBE propone varias fases. En primer lugar, se debe caracterizar el problema a abordar, posteriormente debe realizarse una búsqueda bibliográfica

exhaustiva con el fin de recoger la evidencia científica, y analizar los datos de la comunidad sobre la que se interviene, tanto sus problemas como sus activos o potenciales. Posteriormente, se debe priorizar el programa o intervención a implementar, lo que deberá ir seguido de la implementación, para acabar con la evaluación, tanto del proceso como de los resultados, como de la eficiencia, es decir, la evaluación económica. Finalmente el proceso debe acabar con su difusión entre los miembros de la comunidad (Brownson et al., 2009; Jacobs, Jones, Gabella, Spring, Brownson, 2012; Morales et al., 2008) y más allá de la propia comunidad.

Estas fases similares en estas tres metodologías no son obviadas, ya que la rigurosidad de ellas marca el éxito de la fase de evaluación. En este estudio la investigación evaluativa es entendida como la fase culminante de un proceso nutrido por los tres enfoques metodológicos y las fases previas a la evaluación. Teniendo en cuenta la focalización en la modalidad de investigación evaluativa centrada en intervenciones ya diseñadas e implementadas previamente, vemos que existen dos grandes modelos de evaluación (CDC, 2011; Jacobs et al., 2012; Pérez, 2000; Tejedor, 2000). La evaluación de los materiales, las estrategias y los elementos del proceso de implementación, denominada evaluación formativa, de proceso o de implementación. La evaluación de los resultados obtenidos al final de la intervención ya sea inmediatamente o pasados unos meses, y ya sea analizando el efecto en la población destinataria o en el conjunto de la población. Este segundo modelo es denominado evaluación sumativa, de resultados, de efectividad o de impacto. En el caso de este estudio nos centramos en este segundo tipo de evaluación.

Finalmente, dentro de esta modalidad de evaluación centrada en los resultados, Glasgow, Lichtenstein y Marcus (2003) realizan una interesante distinción entre aquellas investigaciones que focalizan en el pilotaje, aquellas que lo hacen en la eficacia y finalmente las de efectividad. Las evaluaciones de pilotaje de una intervención acostumbra a realizarse en un grupo pequeño, en ocasiones los propios participantes son conscientes de que forman parte de un estudio piloto. El objetivo principal es acabar de diseñar y refinar la intervención poniéndola en práctica en un escenario reducido. En este caso los métodos cualitativos y cuantitativos son de extrema importancia para acabar de concretar la intervención, que será posteriormente más intensamente implementada. Fraser et al. (2009) distinguen entre las evaluaciones de eficacia y las de efectividad, destacando el nivel de control de las variables que se da en cada una de ellas. En los estudios de eficacia el equipo de investigación debe controlar al máximo todas las variables. Realiza el seguimiento para asegurar que la intervención está siendo aplicada de modo adecuado e idéntico en todos los grupos, se asignan los participantes de forma aleatoria al grupo control y al grupo intervención, la muestra es homogénea

y en ocasiones se excluyen los casos complicados. El objetivo es estar completamente seguro de que los resultados obtenidos son atribuibles a la intervención, para así posteriormente poderla replicar con máxima seguridad. Los estudios de efectividad se caracterizan por seguir diseños de evaluación menos rígidos, donde el investigador no puede controlar de forma tan exhaustiva las condiciones de implementación, ya que la intervención es implementada y evaluada en múltiples circunstancias y contextos, y en muestras heterogéneas. Este es el caso de la mayoría de las intervenciones de salud pública.

Debemos destacar que esta distinción entre eficacia y efectividad, es polémica y aún se encuentra en un debate, que dependiendo del origen disciplinar se orienta hacia una perspectiva. Desde el ámbito de la salud pública Nebot, López, Ariza, Villalbí y García-Altés, (2011) diferencian entre eficacia y efectividad, en función de la población sobre la que se evalúa. En el primer caso se refiere a la evaluación del beneficio para los receptores del programa, y en el segundo para la población diana. Desde el ámbito socioeducativo, Fernández (2001) considera la efectividad como la combinación de la eficiencia y la eficacia, mientras que Cabrera (2007) considera que la eficacia valora la adecuación de los resultados con los objetivos, mientras que la efectividad valora el ajuste entre resultados y las necesidades iniciales.

Teniendo en cuenta las diferentes perspectivas comentadas hasta el momento, la aproximación teórica y la puesta en marcha del proceso metodológico de esta investigación, evalúa la efectividad del PHP, a través de una investigación evaluativa que focaliza en el producto (Bausela, 2003; Stufflebeam y Shinkfield, 1987) o en los resultados (Tejedor, 2000). Este programa surge de las fases previas de búsqueda de apoyos y agentes interesados para su desarrollo, identificación de diversas necesidades y oportunidades en el contexto, identificación y priorización de programas efectivos, implementación del programa priorizado y evaluación del proceso (CDC, 2012; Colorado Department of Human Services, 2014). La evaluación del programa, si bien es la fase culminante, fue contemplada desde el inicio del diseño. La propuesta innovadora de esta investigación es evaluar el papel que algunos elementos del contexto pueden jugar en la consecución de los resultados esperados, así como evaluar otros efectos del programa no evaluados hasta el momento.

5.3. Diseño multimétodo

Bericat (1998) emplea la expresión “diseño multimétodo”, que define a las investigaciones que incorporan métodos cualitativos y cuantitativos. Creswell, Plano Clark, Gutmann y Hanson (2008) plantean que el diseño mixto implica la

recogida o análisis de datos cuantitativos y cualitativos en un único estudio. Estos datos pueden ser recogidos de forma simultánea o secuencial, con una prioridad concreta, y debe darse una integración de los mismos en alguna de las fases del proceso de investigación.

Este estudio entiende la investigación evaluativa como una metodología que, desde el paradigma pragmático, plantea el empleo de métodos cuantitativos y cualitativos de forma complementaria para entender los efectos de la intervención evaluada, y ofrecer propuestas de mejora. Teniendo en cuenta esto, Greene, Caracelli y Graham (2008), tras la revisión de 57 estudios basados métodos mixtos, plantearon que este tipo de investigaciones pueden clasificarse en cinco tipologías dependiendo del propósito que persiguen:

- Triangulación: busca la convergencia de los datos, confirmar la correspondencia de los resultados mediante los dos tipos de métodos. Pretende mejorar la validez de los resultados.
- Complementariedad: pretende clarificar, ilustrar o mejorar los resultados de un método, mediante el uso del otro. La finalidad principal es realizar comprensiones más profundas.
- Desarrollo: busca usar los resultados de un método para ayudar a mejorar otro método.
- Iniciación: busca incongruencias entre métodos comparando los resultados obtenidos mediante un método con los del otro.
- Expansión: pretende ampliar la investigación empleando un método para un aspecto de la investigación y el otro método para otro aspecto de la investigación (pe. Método cualitativo para el proceso de implementación y el método cuantitativo para los resultados de la intervención).

Sin embargo, no sólo resulta importante contemplar la literatura en cuanto al propósito que puede perseguir una investigación multimétodo, también resulta importante revisar la naturaleza de dicho diseño. Creswell et al. (2008) recogen en una sola las aportaciones de Greene y Caracelli (1997), Morgan (1998) y Tashakkori y Teddlie (1998) en cuanto a los cuatro componentes principales que permiten distinguir el tipo de diseño mixto. El primer criterio se refiere a la secuencia en que se recogen los datos cualitativos y cuantitativos, denominada implementación. Ésta puede ser concurrente, o bien que en primer lugar se dé la recogida cualitativa, o por contra la cuantitativa. Como segundo criterio plantean la prioridad que se refiera a la determinación de si el protagonismo recae sobre los datos cualitativos, o los cuantitativos, o de la misma forma en ambos. En tercer lugar, encontramos el criterio sobre la fase de integración. En este sentido consideran el momento en que el método cualitativo y el cuantitativo se integran.

Esto puede darse en la recogida de datos, en el análisis de los mismos, en la interpretación o de forma combinada. En último lugar encontramos el criterio sobre la perspectiva teórica. Ésta se refiere a que la investigación pueda ser guiada o no por una perspectiva transformativa teórica.

De acuerdo con estos criterios Creswell et al. (2008) plantean los seis diseños multimétodo presentados en la Tabla 7, que nos ayudan a comprender las múltiples formas de relación entre ambos métodos. Asimismo, esta clasificación nos permitirá posicionarnos en el próximo apartado, describiendo cual ha sido el diseño seguido en este estudio.

TABLA 7: TIPOS DE DISEÑO MULTIMÉTODO (CREWELL ET AL.2008)

	Secuencia de implementación	Prioridad	Fase en la que se da la integración	Perspectiva teórica
Explicativo secuencial	Cuant-Cual	Normalmente Cuant, aunque puede ser Cual o las dos.	Interpretación	Puede estar presente
Explorativo secuencial	Cual- Cuant	Normalmente Cual, aunque puede ser Cuant o las dos.	Interpretación	Puede estar presente
Transformativo secuencial	Cualquiera de las opciones: Cuant-Cual o Cual-Cuant	Cuant, Cual o las dos	Interpretación	Debe estar presente
Triangulación concurrente	Concurrencia de recogida de Cual y Cuant	Preferiblemente las dos, aunque podría ser Cual o Cuant	Interpretación o análisis	Puede estar presente
Anidado concurrente	Concurrencia de recogida de Cual y Cuant	Cuant o Cual	Análisis	Puede estar presente
Transformativo concurrente	Concurrencia de recogida de Cual y Cuant	Cuant, Cual o las dos	Análisis, aunque podría darse durante la interpretación.	Debe estar presente

5.3.1. Aplicación del diseño multimétodo para la evaluación del PHP

En primer lugar se han empleado instrumentos de recogida de información cuantitativa siguiendo un diseño antes-después sin grupo control para describir los efectos del programa y las relaciones entre las diferentes variables. En segundo lugar, se han utilizado estrategias cualitativas como entrevistas individuales y grupales y grupos de discusión, y análisis de otras fuentes secundarias (actas de reunión), que permiten aproximarnos al análisis de los efectos del programa desde una perspectiva centrada en la comprensión de los procesos de cambio y no sólo de la descripción.

Posteriormente se ha buscado la convergencia de los datos obtenidos de forma cualitativa y cuantitativa. El propósito ha sido la triangulación de los datos persiguiendo que las conclusiones extraídas, en cuanto a la efectividad del programa, surjan de la correspondencia de los datos. Ésta intención ha sido clave para todas las dimensiones empleadas para evaluar la efectividad del PHP.

En cuanto al diseño se ha apostado por un modelo de concurrencia transformativa. La información recogida en relación a la totalidad del programa se ha hecho de forma simultánea. Si bien los datos recogidos de forma previa a la intervención han sido únicamente de tipo cuantitativo, su finalidad única era emplearlos como guía comparativa con los resultados post-cuantitativos, que fueron recogidos en el mismo momento que la información cualitativa. Con esto se clarifica que los resultados pre- intervención por si solos no tenían ninguna validez. De acuerdo con esto, a lo largo de todo el proceso de recogida de información se ha ido recogiendo simultáneamente la información cualitativa y cuantitativa. Tanto los datos cualitativos, como los cuantitativos han tenido la misma prioridad. La triangulación de los mismos se ha dado en el momento de la interpretación, para asegurar unas conclusiones contrastadas entre ambos métodos. Finalmente, por lo que respecta a la perspectiva teórica debemos resaltar que en esta investigación el interés transformativo es explícito, y así se ha descrito a lo largo de toda la investigación.

Pese a que los datos cualitativos y cuantitativos se sitúan como aliados a un mismo nivel de implicación y protagonismo, debemos resaltar que el diseño empleado como guía deriva de una perspectiva cuantitativa. Los estudios de evaluación antes-después sin grupo control han sido categorizados por diversos autores (Eccles, Grirmshaw, Campbell y Ramsay, 2003; Fraser et al., 2009; Harris et al., 2006; Shadish, Cook y Campbell, 2002) como estudios cuasi experimentales aunque otros autores los etiquetan como preexperimentos o no experimentos

(López, Marí-Dell'Olmo, Pérez-Giménez, Nebot, 2011; Nebot et al., 2011; Sans, 2004). En esta investigación se sigue la categorización ampliamente utilizada de Campbell, Cook y Shadish (Campbell y Stanley 1966; Cook y Campbell, 1979; Shadish et al. 2002) donde este estudio se considera de tipo cuasi-experimental antes-después sin grupo control.

Este tipo de diseño se diferencia del de tipo experimental o cuasi-experimental con grupo control, por no disponer de un grupo control y de un grupo intervención comparables. Los diseños experimentales con dos grupos y con aleatorización de participantes son considerados por diversos autores (Asmussen, 2013; Fraser et al. 2009; Sans, 2004) como el diseño más robusto para confirmar que los cambios en la población son atribuibles a la intervención, y por tanto establecerla como eficaz. Desde la *Society for Prevention Research* (2004) se estableció que los criterios de calidad de los diseños de investigación son: (1) disponer de condiciones de comparación ya sea no recibiendo tratamiento, recibiendo el cuidado usual, placebo o manteniéndose en lista de espera y (2) emplear mecanismo de asignación de participantes que permitan reducir sesgos y asegurar que los resultados son atribuibles a la intervención. Petticrew y Roberts (2003) sitúan los ensayos de control aleatorio y las revisiones sistemáticas de diversos ensayos de control aleatorio como los mejores diseños evaluativos.

Sin embargo, este control de las condiciones y esta aleatorización de los participantes no siempre son posibles, e incluso recomendada, en las intervenciones socioeducativas y de salud pública. De hecho la mayoría de evaluaciones de intervenciones sociales son a partir de un diseño antes-después sin grupo control (Fraser et al. 2009; Shadish et al. 2002). Los principales motivos son de tipo económico, ético o por la imposibilidad de controlar las múltiples influencias. Resulta mucho más costoso disponer de equipos que recojan suficiente muestra para realizar una asignación aleatoria a dos grupos. Este tipo de estudios suelen requerir más tiempo y más personal. Asimismo, muy comúnmente no resulta posible introducir una intervención en tan sólo una parte de los territorios o en una porción de cada territorio (Harris et al, 2006). El mantener a los participantes en lista de espera pendientes de la intervención, no siempre es posible por falta de un número suficiente de muestra, y por dificultad de aceptar que una persona no se pueda beneficiar de una intervención en el momento en que muestra mayor interés para el cambio. Stewart-Brown et al. (2011) plantean que la introducción de diseños experimentales con control aleatorio en los programas de educación parental resulta en muchos casos inapropiados debido a que:

- Por mucho que se asigne a participantes a un grupo control resultará difícil situarlos en un estado de placebo, ya que las familias reciben múltiples inputs de libros, información on-line u otras intervenciones.
- El requerimiento de que participantes y profesionales se sitúen a ciegas respecto a la posición en grupo control o intervención es difícil.
- Para poder evaluar los cambios en cada variable dependiente se necesita una muestra muy grande que hace que se prioricen algunos resultados y otros resultados, que ayudan a entender la efectividad del programa, queden ocultos.
- Algunos participantes que se encuentran más predispuestos al cambio son asignados al grupo control y a la inversa, lo que dificulta la interpretación de los resultados.

Además de estos aspectos debemos analizar las críticas a nivel ético que reciben este tipo de experimentos. Una premisa ética básica es analizar el beneficio que implica un diseño metodológico teniendo en cuenta los daños que genera. Vemos que el principal beneficio de un diseño aleatorio con grupo control es el situar en condiciones notablemente diferentes a ambos grupos. Sin embargo, en las intervenciones de educación parental la motivación para el cambio y la imposibilidad de situarse como placebo no aseguran que ambos grupos sean tan diferentes. Campbell y Cecil (1974) consideran que los estudios experimentales cuando son aplicados en humanos, y especialmente en la evaluación de programas sociales y del comportamiento, deben revisar cuidadosamente si se están respetando los derechos de los participantes. Los participantes del grupo control, en los casos que no reciben ninguna otra intervención efectiva y el programa aplicado al grupo experimental cumple con los requisitos de otras intervenciones similares efectivas, están siendo excluidos de un potencial efecto positivo. Este hecho pone en compromiso el derecho de los participantes en el grupo control a tener el mismo acceso a los servicios que el grupo experimental (Wright, 2013). Campbell y Cecil (1974), plantean que si un grupo de expertos reconocen el valor y la factibilidad del tratamiento, y éste es adecuadamente implementado, es recomendable no privar al grupo control de él.

Stewart-Brown (2012) concluye que si un programa ha sido desarrollado cumpliendo los estándares aceptados a nivel internacional (Asmussen, 2013; Small et al., 2009), muestra cambios en situaciones no controladas y dispone de un análisis cualitativo que muestra como los participantes responden a él, no es preciso un estudio de control aleatorio.

Finalmente cabe destacar que se han tenido en cuenta las recomendaciones de Shadish et al. (2002) para asegurar al máximo de validez interna, es decir,

asegurar que los efectos son asociados a la intervención. Para ello el método cualitativo ha sido coprotagonista. La convergencia entre los datos cualitativos y cuantitativos para comprender los resultados, los diversos factores que influyen, así como los mecanismos, que permiten comprender los efectos atribuibles a la intervención.

Capítulo 6- Diseño de la investigación

*Aunque nuestra visión hacia adelante es muy corta,
podemos darnos cuenta de que hay mucho por hacer.*

Alan Turing

Esta investigación, como hemos visto anteriormente, parte de un trabajo previo de análisis de necesidades, diseño de la intervención y pilotaje de la misma llevado a cabo por un equipo de la ASPB. Insistimos en detallar este aspecto puesto que condiciona el punto de partida de esta investigación orientado a su evaluación una vez ya pilotada. En la Figura 15 se puede observar el recorrido realizado para llevar a cabo este estudio. A continuación, detallaremos cada uno de los momentos clave que han permitido el desarrollo de las diferentes fases, y que permite entender dicha figura.

FIGURA 15: FASES PROCESO DE INVESTIGACIÓN (ELABORACIÓN PROPIA, 2014)



6.1. Fase 1: Aproximación al contexto y a la teoría y establecimiento de los interrogantes y objetivos de investigación

Esta fase se inició con el contacto previo al inicio del doctorado con el PHP y con la técnica de la ASPB encargada de liderarlo. Fue un elemento clave para realizar una inmersión en las fases previas a la implementación del programa que se estaba llevando en el momento.

En la presente investigación, convergen en primer lugar el trabajo de investigación de partida realizado por Martínez (2009) en la elaboración del Programa Guía. En segundo lugar, la adaptación del citado programa, realizada desde la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) por Ramos y Manzanares (2012), materializada en el PHP. Y en último lugar, las propuestas innovadoras de evaluación de la efectividad del programa de la ASPB, realizadas por esta investigación.

6.1.1 El “Programa de desenvolupament d’habilitats parentals per a famílies”

El PHP (Ramos y Manzanares, 2012) es el resultado de una adaptación del Programa Guía (Martínez, 2009). Resulta indispensable aproximarnos al proceso seguido para escoger, adaptar y pilotar el PHP, ya que es previo al estudio de efectividad que conforma esta investigación.

El proceso liderado por la ASPB se realizó partiendo de la necesidad de dar respuesta a algunas necesidades detectadas a nivel de ciudad. En la ciudad de Barcelona, en el marco de la estrategia “*Salut als Barris*” (Salud en los barrios) (Departament de salut, 2005), se detectaron diferentes necesidades como las dificultades de convivencia paterno-filial, los embarazos adolescentes, así como un alto consumo de alcohol y de drogas ilegales en jóvenes (Diez, Pasarín, Daban, Calzada, Fuertes, Artazcoz y Borrell, 2012). Se inició entonces un proceso de revisión bibliográfica y análisis crítico de la misma, con el objetivo de determinar cuáles eran las intervenciones más efectivas para abordar las necesidades detectadas. Entre otros factores, como el ocio saludable o el ejercicio físico, la mejora de las habilidades parentales fue identificada como un área de prevención primaria de problemas conductuales en infancia y adolescencia (Manzanares, Ramos y Pasarín, 2011a). A partir de esta detección, se focalizó en la búsqueda de intervenciones exitosas en la promoción de habilidades parentales. Se realizó una revisión en bases de datos (Pubmed, Google scholar), páginas especializadas a nivel internacional como Centers for Disease Control and Prevention (CDC), y

páginas nacionales como el *Servei Català de la Salut* y el *Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad*. Para realizar la búsqueda, se emplearon los términos “habilidades”, “competencias”, “parentales” y “programas” en castellano, catalán e inglés. Se identificaron investigaciones de más de 70 programas parentales nacionales e internacionales distintos. Gracias a ello se confirmó la efectividad de este tipo de intervenciones a la hora de reducir la incidencia de embarazos adolescentes, desocupación, abuso de sustancias u otro tipo de conductas antisociales en edades posteriores.

Una vez confirmada la necesidad de identificar intervenciones promotoras de habilidades parentales que fuesen efectivas, se procedió a revisar la bibliografía priorizada con los objetivos de escoger el programa más adecuado para la realidad barcelonesa, y acorde con los componentes efectivos a nivel internacional, y guiar el proceso de adaptación del programa escogido (Manzanares, Ramos y Pasarín, 2011b).

Tras comprobar que en la ciudad no existían intervenciones rigurosas de este tipo, se decidió adaptar el Programa Guía (Martínez, 2009) que cumplía algunos de los estándares de efectividad descritos por el CDC (2009): promoción de habilidades de comunicación emocional e interacción paterno-filial.

El Programa-Guía surgió de la revisión y la convergencia entre las Orientaciones e Intervenciones educativas para la Vida Familiar propuestas por el National Council on Family Relations (1984), las directrices del Comité de Ministros de la Unión Europea para promover la parentalidad positiva en los Estados miembros (2006-19) y las necesidades de asesoramiento parental detectadas en el estudio de Martínez, Pérez y Álvarez (2007). El objetivo del programa es facilitar que los padres y madres, u otros adultos con responsabilidades educativas familiares, adquieran estrategias personales, emocionales y educativas que les permitan implicarse de un modo eficaz en la construcción de una dinámica de convivencia familiar positiva y en el desarrollo de modelos parentales adecuados para los niños/as y jóvenes. Con ello se espera que las familias puedan prevenir y afrontar de modo constructivo problemas y conflictos familiares, que podrían llegar a producir efectos negativos en el desarrollo personal de sus miembros, ya sean éstos menores o adultos (Martínez, 2009).

La calidad y el impacto positivo del Programa Guía se han evaluado de acuerdo a la metodología CIPP (Martínez y Rodríguez, 2007). Las autoras muestran como profesionales y familias relatan, cualitativa y cuantitativamente, los efectos positivos en cuanto a la idoneidad de contenidos y metodologías, la motivación y satisfacción respecto a su desarrollo, así como la adquisición de estrategias y

conocimientos para dar respuesta a las necesidades detectadas inicialmente. Asimismo, el *Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familias y Adolescencia* (Martínez, 2010) muestra los resultados positivos del pilotaje de dicho programa para modelos familiares diversos. Se han recogido los efectos positivos y las recomendaciones en cuanto a la difusión, las metodologías y los contenidos trabajados en las sesiones, la consecución de los objetivos, los recursos y el tiempo destinados a su implementación, así como el modelo de implementación empleado por los profesionales, la satisfacción, entre otros aspectos.

Teniendo en cuenta el bagaje, y la idoneidad teórica y metodológica del Programa Guía comprobada a partir de la revisión bibliográfica, y de las necesidades detectadas en el marco de *“Salut als barris”*, se decidió adaptar dicho programa al contexto barcelonés. Se revisaron e incorporaron las restantes recomendaciones del CDC (2009) y de Kaminski et al. (2008) tales como: fomento de la interacción paterno-filial incorporando sesiones compartidas entre niños/as y padres/madres, así como estrategias conductuales como el “time out”. De este modo quedó conformado el PHP (Ramos y Manzanares, 2012).

Además, este programa fue seleccionado y adaptado dando respuesta a las recomendaciones expuestas en capítulos anteriores realizadas por Amussen (2013) y Small et al. (2009), en cuanto a los elementos básicos que debe contener y tener en cuenta un programa de educación familiar efectivo: población diana, contenido, sistema de implementación y evaluación.

En primer lugar, en cuanto a la población diana, como se ha comentado anteriormente, surgió de la detección de necesidades de la población realizada en el marco de *“Salut als barris”*. Asimismo, se concretó la población a la que va dirigido, que en todo caso son madres y padres de niños/as de 2 a 17 años, con las correspondientes adaptaciones del programa para cada franja de edad.

En segundo lugar, los contenidos del programa se elaboraron a partir de una orientación teórica de aprendizaje social y de metodología experiencial. Ambas orientaciones, en las que se basan diversos programas de educación parental, han sido comprobadas como efectivas en la mejora de las habilidades parentales de diversos perfiles sociales de familias, así como de las dinámicas familiares de las mismas (O’Connor, Matias, Futh, Tantam y Scott, 2013; Scott, 2008). La totalidad de los contenidos y la organización de los mismos, que pueden ser consultados en la Tabla 8, se corresponden con las dimensiones recogidas a nivel teórico, propias del trabajo para la promoción de las competencias y habilidades parentales (Sallés y Ger, 2011), así como los elementos trabajados por otros programas basados en la

evidencia (Hunt, 2003; Webster-Sratton et al., 2012). La frecuencia de las sesiones es acorde con los estándares internacionales situándose en un mínimo de 9 y un óptimo de 11 de 2h cada una.

TABLA 8: DIMENSIONES DE CONTENIDO, ESTRATEGIAS, VALORES Y COMPETENCIAS A PROMOVER (RAMOS Y MANZANARES, 2012)

Dimensión de las sesiones	Estrategias a potenciar	Valores y competencias asociadas
Dimensión I: Etapa de desarrollo de los hijos/as. Sesiones 1 y 6	Ajuste de expectativas	- Autoconciencia emocional - Empatía - Respeto mutuo - Cooperación
Dimensión II: Habilidades cognitivas, de relajación y de autorregulación emocional. Sesiones 1 y 6	Comportamiento cooperativo, no conflictivo	- Responsabilidad - Valoración adecuada de uno mismo/a - Tolerancia a la frustración - Autorregulación emocional y relajación.
Dimensión III: Autoestima y asertividad. Sesiones 2, 3, 6 y 7	Lenguaje positivo y motivador (verbal, paraverbal y gestual)	- Confianza y seguridad en uno/a mismo/a - Adaptabilidad - Motivación - Iniciativa
Dimensión IV: Comunicación asertiva. Sesiones 4, 5, 6 y 7	Escucha activa y mensajes-YO	- Comunicación asertiva - Influencia social - Liderazgo - Establecer vínculos
Dimensión V: Estrategias de resolución de conflictos y de negociación Sesiones 8, 9 y 10	Exploración de alternativas, negociación y organización de la vida cotidiana	- Resolución de problemas - Tomar decisiones - Asumir consecuencias - Trabajo en equipo en colaboración - Práctica del "time-out" - Autorregulación del comportamiento
Dimensión VI: Habilidades de establecimiento de límites, normas y consecuencias (propias y de los hijos/as) Sesión 10 y 11	Consecuencias coherentes, persistencia, premios y castigos	

En tercer lugar, los sistemas de formación de los profesionales encargados de implementarlo, como también el sistema de implementación, siguen un riguroso protocolo. Se ofrecen sesiones de formación regulares de 20h de duración, ya que los profesionales interesados no pueden implementar el programa sin haber participado de esta formación. Se recomienda la observación de otros grupos antes

de liderar la implementación de un grupo. En el manual del programa se detallan estos aspectos, así como el perfil recomendado del moderador caracterizado por:

- Conocimientos sobre:
 - Las relaciones entre personas
 - Experiencias familiares y sus principales valores
 - Orientación familiar y programas similares
- Habilidades para:
 - Captar los estilos parentales
 - Comunicarse de forma asertiva y fomentar relaciones positivas
 - Aplicar estrategias diversas en las sesiones
 - Fomentar la participación
 - Reconocer la diversidad cultural
 - Trabajar desde las fortalezas y no sólo desde las debilidades
 - Considerar la familia como un sistema
- Actitudes y valores: Sensibilidad, empatía, comprensión, deseo por ver los avances positivos en los demás, flexibilidad y adaptación, creatividad, motivación e iniciativa

Asimismo, por lo que respecta a la implementación, se realiza un seguimiento a todos los grupos durante el proceso, asegurando la resolución de dudas y reforzando la necesidad de implementación rigurosa. Tras finalizar el programa, se ofrece un espacio para confirmar que el programa ha sido implementado con fidelidad y que el profesional no ha tenido problemas de competencias en la ejecución. En este sentido, un elemento clave es el manual elaborado como guía para el desarrollo de todas las sesiones.

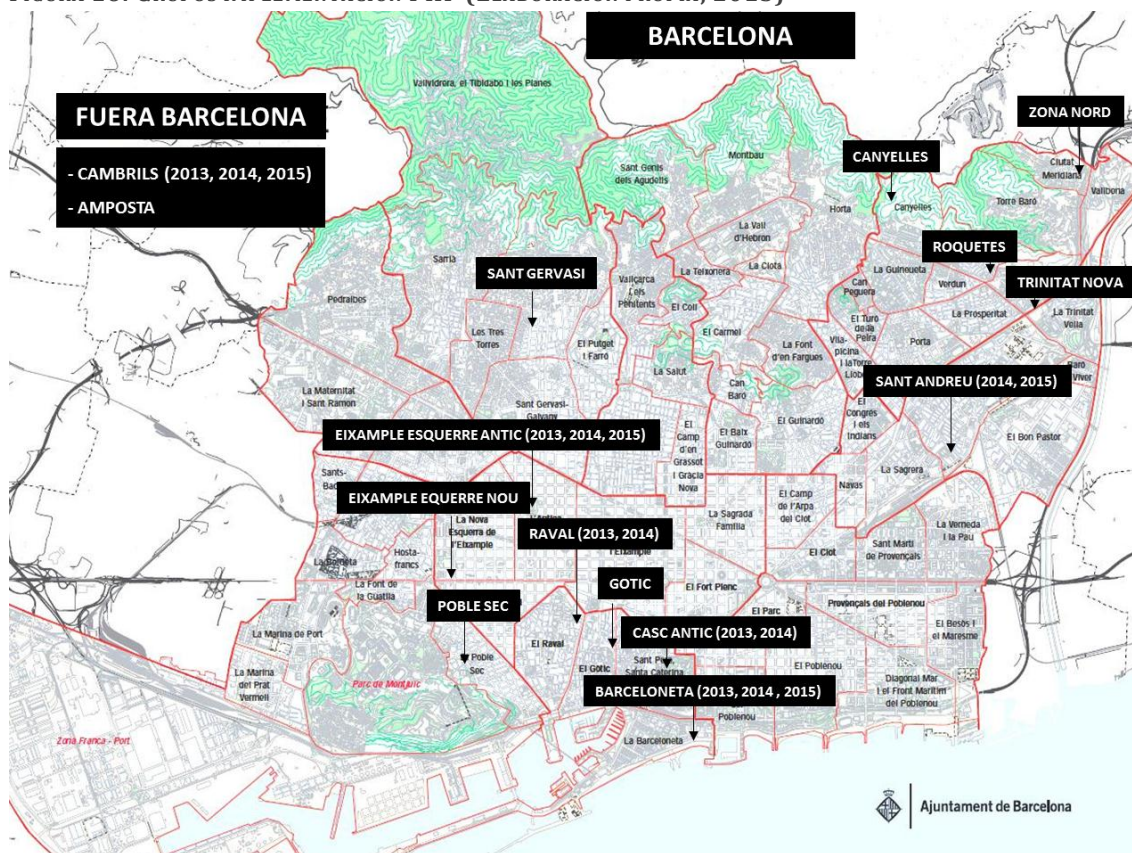
Debe ser destacado el espacio de conexión entre los diferentes profesionales y organismos implicados en la implementación del programa, denominado “*Xarxa d’habilitats parentals de Barcelona*”. Éste es liderado por la profesional responsable de la ASPB, y representa un espacio dedicado no sólo al intercambio de experiencias en relación a la implementación del programa, sino una oportunidad de seguimiento del trabajo y de búsqueda de las mejoras en la implementación.

En último lugar, en relación a la evaluación, el programa ha sido evaluado desde los primeros inicios de su implementación. Su pilotaje mediante métodos cuantitativos y cualitativos ha sido desarrollado por la ASPB y en la actualidad este estudio representa una investigación de su efectividad.

6.1.2. El territorio de desarrollo de la investigación

El contexto en el que se ha desarrollado esta investigación es la ciudad de Barcelona y dos territorios del resto de Cataluña (Amposta y Cambrils) desde 2013 hasta 2015. Los grupos participantes han sido 24. 20 de ellos se han desarrollado en 6 distritos de la ciudad de Barcelona (Eixample, Sants-Montjuic, Nou Barris, Sant Andreu, Sarrià-Sant Gervasi y Ciutat Vella). Los 4 restantes se han desarrollado 1 en el municipio de Amposta y 3 en el municipio de Cambrils, ambos en la provincia de Tarragona. En la Figura 16 se puede observar la distribución de los grupos en el territorio de Barcelona.

FIGURA 16: GRUPOS IMPLEMENTACIÓN PHP (ELABORACIÓN PROPIA, 2015)



6.1.2. Teoría y establecimientos de objetivos

Conocidas las particularidades del programa evaluado y del territorio donde se implementa, resulta importante describir el momento centrado en el desarrollo teórico de la investigación. Si bien el programa había surgido de una búsqueda exhaustiva de literatura científica, para el desarrollo del marco y del punto de partido teórico de la tesis fue necesario recabar nueva información. Ésta se basó en dos grandes tareas de aproximación a la información: (1) la búsqueda en bases de

datos, redes y centros documentales (2) los cursos, jornadas de formación y las estancias de doctorado.

En el primer caso se realiza búsqueda intensiva en las bases de datos PubMed, ERIC, SCOPUS, Google scholar, Dialnet, Redalyc, Teseo, TDX, Cochrane Library e WoS. Asimismo, se consultaron documentos en los diferentes centros universitarios a los que se tuvo acceso. Para llevar a cabo dicha búsqueda se emplearon fundamentalmente descriptores en inglés y español, aunque algunos de ellos también fueron complementados con sus equivalentes en catalán, portugués o francés (Tabla 9).

TABLA 9: SÍNTESIS DESCRIPTORES EMPLEADOS PARA LA BÚSQUDA BIBLIOGRÁFICA

English	Español
Positive Parenting	Parentalidad positiva
Social determinants of health	Determinantes sociales salud
Social health inequalities	Desigualdades sociales salud
Parenting determinants	Determinantes parentalidad
Parental wellbeing	Bienestar parental
Children wellbeing	Bienestar infantil
Social support	Apoyo social
Parental stress	Estrés parental
Children behaviours	Comportamiento infantiles
Parenting skills	Habilidades parentales
Family policies	Políticas familia
Wellbeing policies	Políticas bienestar
Parent training program	Programas educación parental
Parenting programs	Programa parentalidad
Mediators parenting	Mediadores parentalidad
Moderators parenting	Moderadores parentalidad
Evaluation Research	Investigación evaluativa
Quasi-experimental design	Diseño cuasi-experimental

En el segundo caso, resulta importante destacar tanto la formación metodológica cualitativa y cuantitativa recibida en los cursos de la Johns Hopkins University, así como en las Escuelas de Doctorado de la Facultad. Asimismo, fueron importantes, tanto a nivel metodológico como teórico, las estancias en la Warwick University Medical School, Departament of Social Policiy and Intervention of Oxford University, Centre for Educational Development, Appraisal and Research of Warwick University y el Instituto de Educacao da Universidade do Minho.

Esta fase concluyó con la formulación de las preguntas y los objetivos de investigación que se sitúan como paso de transición hacia la hoja de ruta de la investigación que se recoge en la siguiente fase.

6.2. Fase 2: Establecimiento del enfoque metodológico y desarrollo del plan de evaluación

Esta fase representa la hoja de ruta que nos permite llevar a cabo la investigación. El plan de evaluación contiene los siguientes elementos (Cabrera, 2001):

- El equipo de evaluación
- Las audiencias de evaluación
- El objeto de evaluación de acuerdo con los objetivos de la investigación
- Las cuestiones clave de evaluación que orientan los respectivos análisis
- Las fases de la evaluación, en caso de que existan diversas.
- Estrategias de recogida de información
- Criterios e indicadores de evaluación que guían la recogida de información

En primer lugar, el plan de evaluación de esta investigación ha sido desarrollado por una única investigadora, con la supervisión de dos investigadoras expertas y el conocimiento de la técnica del programa.

Respecto a las audiencias de evaluación, en primer lugar destacamos la propia ASPB. Sin embargo, también las diferentes instituciones y profesionales encargados de implementar el programa en los diferentes territorios son receptores importantes de los resultados y propuestas de mejora del programa surgidas de la evaluación. Entre estos queremos destacar, Servicios Sociales de Atención Primaria, Centros de Atención Primaria de Salud, Escuelas de Educación Infantil y Primaria, Servicios de Atención Psicopedagógica y otras instituciones sin ánimo de lucro y de ocio y tiempo libre. Otras audiencias son el Ayuntamiento de Barcelona, la Generalitat de Catalunya e instituciones de ámbitos científicos diversos.

Seguidamente, en la Tabla 10, la Tabla 11 y la Tabla 12 se incluyen los tres objetivos de la evaluación, junto con los interrogantes que persiguen, los criterios, los indicadores cuantitativos y cualitativos, el subestudio del que proviene la información y las variables o categorías que permiten mostrar el proceso que se siguió para evaluar la consecución de dichos objetivos.

TABLA 10: PLAN DE EVALUACIÓN DEL OBJETIVO 1 DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo 1	Identificar los cambios inmediatos tras la participación en el <i>PHP</i> en las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social		
Objeto de evaluación	Resultados que se obtienen con la aplicación del PHP		
Interrogante	¿El PHP reduce el estrés parental y los comportamientos infantiles negativos y mejora las habilidades parentales y el apoyo social de padres y madres al finalizar su aplicación?		
Criterios de evaluación	Indicadores de evaluación cuantitativos y cualitativos	Subestudio del que proviene la información	Variables cuantitativas y dimensiones_categorías cualitativas
Cambios en las habilidades parentales	Cambios significativos mediana de habilidades parentales pre- y post intervención	Cuantitativo	Habilidades parentales
	Tipos de estrategias de crianza adquiridas y/o modificadas tras la participación en el PHP	Cualitativo	Cambios inmediatos_Habilidades
Cambios en los comportamientos infantiles	Cambios significativos en la mediana de comportamientos infantiles negativos pre- y post intervención	Cuantitativo	Comportamientos infantiles negativos
	Tipos de comportamientos o actitudes de los hijos/as modificadas o adquiridas tras la participación en el PHP y consecuencias asociadas.	Cualitativo	Cambios inmediatos_comportamientoshijos/as Relación entre variables y modificadores del efecto_Relación entre variables
Cambios en la percepción de estrés parental	Cambios significativos en la mediana de estrés parental pre- y post intervención	Cuantitativo	Estrés parental
	Tipos de situaciones de comprensión y gestión del estrés desarrolladas tras la participación en el PHP y consecuencias asociadas.	Cualitativo	Cambios_Estrésparental Relación entre variables y modificadores del efecto_Relación entre variables
Cambios en la percepción de apoyo social	Cambios significativos en la mediana de apoyo social pre- y post intervención	Cuantitativo	Apoyo social
	Identificación de personas o recursos que han permitido cambios en la percepción de apoyo social tras la participación en el PHP	Cualitativo	Cambios_Apoyosocial
	Tipos de situaciones en el desarrollo de la parentalidad en las que reciben apoyo tras la participación en el PHP	Cualitativo	Cambios_Apoyosocial Relación entre variables y modificadores del efecto_Relación entre variables

TABLA 11: PLAN DE EVALUACIÓN DEL OBJETIVO 2 DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo 2	Identificar los cambios en el desarrollo de las habilidades parentales, el apoyo social, el estrés parental y los comportamientos infantiles pasados seis meses.		
Objeto de evaluación	Resultados al cabo de seis meses de la aplicación del PHP		
Interrogante	¿Qué efectos existen en los padres/madres pasados seis meses de la aplicación del programa?		
Criterios de evaluación	Indicadores de evaluación cuantitativa	Subestudio del que proviene la información	VARIABLES
Cambios en las habilidades parentales mantenidos	Cambios significativos en la mediana de habilidades parentales pre- y 6 meses después de la intervención	Cuantitativo	Habilidades parentales
	Cambios significativos en la mediana de habilidades parentales post- y 6 meses después de la intervención	Cuantitativo	
Cambios en los comportamientos infantiles mantenidos	Cambios significativos en la mediana de comportamientos infantiles negativos pre- y 6 meses después de la intervención	Cuantitativo	Comportamientos infantiles negativos
	Cambios significativos en la mediana de comportamientos infantiles negativos post- y 6 meses después de la intervención	Cuantitativo	
Cambios en la percepción de estrés parental mantenidos	Cambios significativos en la mediana de estrés parental pre- y 6 meses después de la intervención	Cuantitativo	Estrés parental
	Cambios significativos en la mediana de estrés parental post- y 6 meses después de la intervención	Cuantitativo	
Cambios en la percepción de apoyo social mantenidos	Cambios significativos en la mediana de apoyo social pre- y 6 meses después de la intervención	Cuantitativo	Apoyo social
	Cambios significativos en la mediana de apoyo social post- y 6 meses después de la intervención	Cuantitativo	

TABLA 12: PLAN DE EVALUACIÓN DEL OBJETIVO 3 DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo 3	Analizar los determinantes sociales asociados con el éxito del PHP		
Objeto de evaluación	Determinantes sociales asociados a mejoras en las habilidades parentales y el apoyo social y las reducciones de estrés parental y comportamientos infantiles negativos tras la participación en el PHP.		
Interrogante	¿Qué determinantes sociales se asociación a un mayor éxito en el desarrollo de las habilidades parentales y del apoyo social y de la reducción del estrés parental y de los comportamientos infantiles negativos?		
Criterios de evaluación	Indicadores de evaluación cuantitativos y cualitativos	Subestudio del que proviene la información	Variables
Factores personales (nivel de estudios, sexo, edad, estado de convivencia, origen y situación laboral) determinantes de los efectos del PHP	Cambios significativos de la odds ratio de mejora de las habilidades parentales ajustado por las variables predictoras	Cuantitativo	- Dependiente: diferencia Habilidades parentales - Predictoras: nivel estudios/ edad/ sexo/ origen/ tipología familiar/ situación laboral
	Cambios significativos de la odds ratio de reducción de los comportamientos infantiles negativos ajustado por las variables predictoras	Cuantitativo	-Dependiente: diferencia Comportamientos infantiles negativos - Predictoras: nivel estudios/ edad/ sexo/ origen/ tipología familiar / situación laboral
	Cambios significativos de la odds ratio de reducción del estrés parental ajustado por las variables predictoras	Cuantitativo	- Dependiente: diferencia Estrés parental - Predictoras: nivel estudios/ edad/ sexo/ origen/ tipología familiar / situación laboral
	Cambios significativos de la odds ratio de mejora del apoyo social ajustado por las variables predictoras	Cuantitativo	- Dependiente: diferencia Apoyo social - Predictoras: nivel estudios/ edad/ sexo/ origen/ tipología familiar / situación laboral

6.3. Fase 3: Reducción, adaptación y validación-instrumento habilidades parentales

El proceso de validación psicométrica de un instrumento, como puede ser un test o una escala, consiste en el análisis conceptual y estadístico de los ítems que conforman ese instrumento, para asegurar su validez estructural y fiabilidad, así como su aplicabilidad.

La validez es el grado en que un instrumento de medida informa de aquel fenómeno para el cual está destinado (Molina, 1993). La validez estructural se realiza a través del análisis factorial, ya sea exploratorio o confirmatorio. Éste se encarga de examinar la covarianza o correlación entre los diferentes ítems de una misma escala, para ofrecer agrupaciones de puntuaciones fiables en función del atributo que miden cada conjunto de ítems.

La fiabilidad es el grado de estabilidad o consistencia conseguido cuando se repite una medición en condiciones idénticas (Molina, 1993). Debemos referirnos a ella como fiabilidad de las puntuaciones de un test y es uno de los mecanismos más empleados, tras la realización previa del análisis factorial, para confirmar la adecuación exitosa del test adaptado, reducido o traducido. Este concepto suele ser medido a través de diferentes coeficientes, como es el coeficiente Alfa de Cronbach (α), que explican la varianza verdadera que puede atribuirse a la varianza de puntuaciones empíricas. Es importante resaltar que el coeficiente de fiabilidad de las puntuaciones para test multidimensional, debe ser presentado para cada una de las escalas o subtest que conforman el instrumento completo. La fiabilidad suele ser evaluada mediante la consistencia de los resultados de medidas apareadas y suele hacerse mediante la consistencia test-retest, la consistencia interna o la fiabilidad entre-observadores (Molina, 1993).

Finalmente, un elemento importante en la aplicación de cualquier instrumento es su adecuación al contexto donde debe aplicarse. La correcta comprensión de los ítems que conforman el instrumento debe ser revisada para evitar sesgos en los resultados o ausencias de respuestas en diferentes grupos culturales (Kreuter, Lukwago, Bucholtz, Clark y Sanders-Thompson, 2002). Para ello no sólo la evaluación cuantitativa de validez y fiabilidad es suficiente, sino que la evaluación cualitativa es necesaria para aproximarnos a la comprensión de algunos vacíos de significado o de dobles interpretaciones de las escalas de evaluación empleadas (Stewart-Brown y Napoles-Springer, 2003).

6.3.1. Instrumento original

El instrumento de habilidades parentales original (Martínez, 2009) fue utilizado durante la fase previa al inicio de esta investigación por la ASPB, ya que se corresponde con el programa original que la misma autora elaboró y que se ha aplicado con pequeñas adaptaciones conformando la intervención aquí evaluada. La adaptación de dicho instrumento para el PHP hecha por Ramos y Manzanares (2012) tan sólo tuvo en cuenta el idioma, ya que a parte del cuestionario en lengua castellana se realizó su traducción al catalán.

El cuestionario original de habilidades parentales empleado hasta 2013 para recoger la variables cuantitativas tanto pre como post-intervención es de 43 ítems y puede consultarse en el apartado de anexos (Anexo 1). Para recopilar la información cuestionada mediante los ítems se emplea una escala Likert con cuatro alternativas de respuesta (Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, De acuerdo, Totalmente en Acuerdo).

El instrumento tanto en la versión de Martínez (2009), como en su adaptación al catalán de Ramos y Manzanares (2012), contiene seis dimensiones que se corresponden con los contenidos trabajados en el programa (Tabla 13).

TABLA 13: DIMENSIONES Y NÚMERO DE ÍTEMS DEL CUESTIONARIO DE HABILIDADES PARENTALES EMPLEADO POR MARTÍNEZ (2009)

Instrumentos	Dimensiones	Variables
"Cuestionario de evaluación inicial de habilidades parentales" y "Cuestionarios de evaluación final de habilidades parentales"	Dimensión I: Información sobre las características evolutivas de los hijos	1
	Dimensión II: Habilidades cognitivas, de relajación y autorregulación emocional	7
	Dimensión III: Autoestima y asertividad en relación con las otras personas y en el desarrollo de la función parental	12
	Dimensión IV: Emociones y comunicación: Hábitos y habilidades de escucha y expresión verbal y gestual	7
	Dimensión V: Estrategias de resolución de conflictos i de negociación	11
	Dimensión VI: Habilidades para el establecimiento de límites y de regulación del propio compartimiento y del de los hijos	5
	TOTAL	43

Todas las dimensiones se miden con escalas exceptuando la primera que se mide a través de un único ítem. Si bien no es común la medida de conceptos abstractos a través de un único ítem, diversos estudios han documentado la validez de la

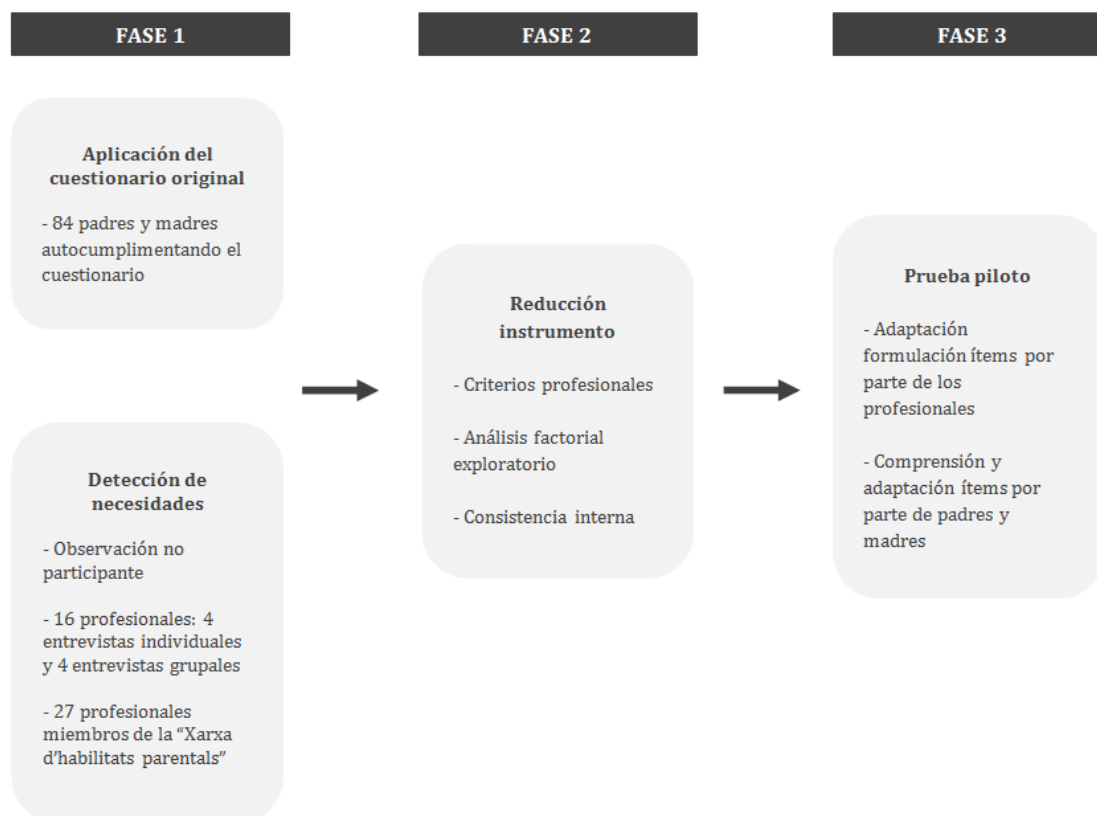
medida de dimensiones abstractas como la salud (Burström y Fredlund, 2001), el estrés (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983; Elo, Leppänen y Jankola, 2003) o la identidad social (Postmes, Haslam y Jans, 2013). El cuestionario tiene una validez aparente, ya que se basa en seis dimensiones relacionadas con los criterios habituales que se emplean en los trabajos clásicos internacionales y nacionales de socialización parental (García y Gracia, 2010; Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts y Dornbusch, 1994). Asimismo, las experiencias de implementación del cuestionario en el marco del programa original han mostrado hasta el momento una buena comprensión por parte de los participantes (Martínez, Álvarez y Pérez, 2010). Sin embargo, tras la aplicación de dicho cuestionario durante el periodo de Octubre 2011 a Abril 2013 en siete territorios de la provincia de Barcelona se observaron limitaciones en cuanto a su comprensión y su dificultad de aplicación en colectivos desfavorecidos.

La adaptación al contexto de las intervenciones de promoción de la salud y de los instrumentos de medida resulta indispensable para su efectividad, y para evitar sesgos de medida o ausencia de respuestas en diferentes grupos culturales, cosa que amenaza los resultados de la evaluación (Kreuter et al., 2002). Para ello la evaluación cuantitativa de validez y fiabilidad resulta insuficiente, y la evaluación cualitativa permite complementarla identificando algunos vacíos de significado o de dobles interpretaciones de las escalas (Stewart-Brown y Napoles-Springer, 2003). A continuación se presenta el proceso de reducción y adaptación del “Cuestionario inicial de habilidades parentales” (Martínez, 2009) en el contexto barcelonés. Éste se realizó a través de la detección de limitaciones y las propuestas de cambio aportadas por profesionales, así como del análisis de las propiedades psicométricas del instrumento.

6.3.2. Proceso de adaptación del instrumento

La reducción, adaptación y validación del cuestionario que se ha realizado para esta investigación surge de un proceso de recogida y análisis de datos múltiple distribuido en las tres fases observables en la Figura 17 (Vázquez, Molina, Ramos y Artazcoz, 2015).

FIGURA 17: FASES DEL PROCEDIMIENTO DE ADAPTACIÓN Y REDUCCIÓN DEL INSTRUMENTO



En la primera fase, el "Cuestionario Inicial de habilidades parentales" (Ramos y Manzanares, 2012) fue distribuido y autocumplimentado, antes de empezar la primera sesión del programa, por los 84 participantes del PHP desde octubre de 2011 hasta abril de 2013 (Tabla 14). El criterio de inclusión básico fue que todos los participantes debían conocer y ser capaces de leer el idioma español. La tasa de respuesta fue del 89%, produciéndose las ausencias de respuesta por falta de comprensión de algunos de los ítems del instrumento. Para la implementación del cuestionario, se elaboró un protocolo para los 16 profesionales implicados, que contenía las instrucciones de aplicación, así como el cuestionario completo (anexos). Todas las familias contaban con el apoyo de los profesionales indicados para resolver dudas, y fueron informadas de la confidencialidad de los datos. Se solicitó su consentimiento y se solicitó la participación voluntaria en el estudio de mejora del PHP. Las familias no recibieron ninguna recompensa económica.

TABLA 14: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA MUESTRA ANALIZADA PARA LA ADAPTACIÓN DE LOS ÍTEMS

	Categoría	N	%
Sexo	Hombre	9	11
	Mujer	75	89
Nivel educativo	Sin estudios	3	4
	Educación primaria	19	24
	Educación secundaria	13	17
	Formación profesional	10	13
	Universitarios	32	41
	Doctor	0	0
	Otros	1	1
País	España	47	58
	Otros	34	42
Situación laboral	Trabaja	24	30
	Parado/a	35	44
	Tareas del hogar	13	16
	Estudiante	1	1
	Incapacitado/a	0	0
	Jubilado/a	1	1
	Otros	6	8
Estado Civil	Soltero/a	20	25
	Casado/a	52	64
	Viudo/a	0	0
	Separado/a	6	7
	Divorciado/a	3	4
Tipología familiar	Biparental	56	70
	Monoparental	11	14
	Reconstituida	2	3
	Otros	11	14
Número de hijos/as	Uno	12	28
	Dos	21	49
	Tres	8	19
	Cuatro	2	5

Durante esta primera fase se realizó observación no participante por parte de un profesional del territorio para recoger información sobre la interacción de los padres y madres con el instrumento. Esta observación se realizó en tres de los ocho grupos en los que se implementó el cuestionario y se observaron 35 familias. A parte, en el momento de realizar las entrevistas a los profesionales tras la finalización del programa, estos aportaron información relevante respecto a las percepciones y propuestas de mejora de los 16 profesionales en relación al

programa en su conjunto, y al cuestionario. Esta información provino de cuatro entrevistas grupales y cuatro entrevistas individuales. Seguidamente, se complementó esta información con las aportaciones realizadas en la reunión de encuentro trimestral de la “*Xarxa d’habilitats parentals de Barcelona*”, por 27 profesionales relacionados con el PHP y recogidas en el acta.

Los diferentes profesionales implicados en la implementación del PHP, tanto directamente en la aplicación del cuestionario como en el programa en su conjunto, así como el análisis de los documentos elaborados por el observador no participante, coincidieron en que las familias mostraban una dificultad de comprensión en diferentes ítems. El problema no era el idioma, sino la formulación de los ítems. Asimismo, concluyeron que la extensión del instrumento era excesiva y esto suponía una dificultad añadida a la cumplimentación del mismo por parte de las familias.

<<Las familias no entienden las preguntas, y el problema no es el idioma. En ocasiones tenemos que explicar la pregunta del cuestionario para que la puedan contestar, e incluso poner ejemplos>> (Profesional de la “Xarxa d’habilitats parentals de Barcelona”)

<<El cuestionario es muy largo y hay preguntas que no entienden y por eso no contestan. A veces tengo que sentarme uno a uno para que contesten todo>> (Profesional encargado de aplicar el cuestionario)>>

Los profesionales plantearon que la formulación de las categorías de la escala de puntuación tipo Likert inducía en ocasiones a error a las madres y padres. Se consideró apropiado sustituirla por una escala temporal, ya que los participantes manifestaron una mayor comprensión. La adaptación de las categorías de la escala Likert a una opción basada en el tiempo propuesta por los profesionales dado que era más comprensible para las familias, es consistente con los otros hallazgos (Cañadas y Sánchez, 1998) que plantean que es adecuada para la medida de creencias, actitudes y preferencias.

Teniendo en cuenta esta recogida de necesidades, se iniciaron la segunda y tercera fase, procediendo al análisis cuantitativo, y a la prueba piloto para la revisión de la comprensión y adaptación del instrumento por parte de 12 profesionales y 10 familias.

Para el desarrollo de estas dos fases se siguió la secuencia planteada a continuación. El análisis estadístico se inició con la valoración de la adecuación de la muestra empleando las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y de Esfericidad de Bartlett. Para todas las escalas los valores de la prueba KMO fueron >0,5,

asimismo la prueba de Esfericidad de Bartlett tuvo un nivel de significación menor de 0,001, lo que permitió situar la muestra como adecuada para el análisis factorial. Para determinar la validez del constructo se realizó el análisis factorial exploratorio para cada una de las escalas con el método de componentes principales, extracción de factores con valores propios superiores a 1 y rotación ortogonal varimax Kaiser (Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez y Domínguez, 2012; Morales, 2011). Para determinar la unidimensionalidad se tuvieron en cuenta los siguientes criterios (Lima-Rodríguez et al., 2012):

- 1) que todos los ítems tuvieran una r de Pearson $>0,40$ en el primer factor durante la extracción
- 2) que el primer factor explicara una importante varianza en relación a los restantes factores
- 3) que la varianza total explicada por los factores principales extraídos fuera mayor al 50%

En las escalas en las que el análisis factorial exploratorio identificaba más de un factor, se analizó la consistencia interna de cada factor y se mantuvieron los factores con más de un ítem y con un α igual o superior a 0,7, de manera que finalmente todas las escalas tenían un sólo factor (Oviedo y Campo-Arias, 2005). Todo este procedimiento se realizó con el programa SPSS 20.0.

Asimismo, se priorizaron los ítems orientados a la crianza o relación paterno-filial por encima de los ítems orientados a la relación del padre o madre con la población en general, debido a que la intervención focaliza en los aspectos relacionados con la crianza.

De acuerdo con esto, tras la eliminación de 24 ítems el α para cada una de las escalas II, III, IV, V y VI fue de 0,71; 0,76; 0,76; 0,8; 0,79 respectivamente. Esta fase finalizó, por tanto, con un instrumento de 19 ítems distribuidos en seis dimensiones. En la Tabla 15 se muestran para cada una de las escalas la media, la desviación estándar, la correlación total de cada ítem, el α del factor si se suprime el ítem, el peso factorial de cada ítem para el factor principal de cada escala, el promedio de varianza del componente extraído, el α para cada escala tras la eliminación de ítems, y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin. En el apartado de anexos se describe más exhaustivamente el proceso de reducción para cada escala (Anexo 2).

TABLA 15: ANÁLISIS FACTORIAL Y CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS SELECCIONADOS ESTADÍSTICAMENTE

	M	DT	R	α-X	F
E-II					
F1= 2,83 / 40,51% (VTF =56%) α=0,71 KMO=0,708					
2 Diariamente soy capaz de relajarme y controlarme.	2,96	2,09	,56	-	,69
35. Sé relajarme y controlar mis emociones con mis hijos	3,16	1,90	,56	-	,74
E-III					
F1=4,56 / 38% (VTF= 61,31%) α=0,76 KMO=0,768					
18. Me siento capaz de ser buen padre/madre	2,00	1,02	,45	,74	,79
29. Cuando alguna cosa no sale como quiero con mis hijos, intento ver la parte positiva.	1,61	,81	,56	,70	,68
42. Me gusta como educo a mis hijos.	1,81	,88	,56	,70	,58
41. Me preocupa mucho lo que los demás pueden pensar sobre como educo a mi hijos.	1,88	,98	,53	,71	,40
20. Los problemas de mis hijos/as son diferentes a los problemas de otros hijos.	1,99	,86	,54	,71	,43
E-IV					
F1= 3,61 / 51,43% (VTF=51,43%) α=0,76 KMO=0,787					
22. Diariamente acostumbro a decir a mis hijos lo positivo que veo en ellos.	2,12	,90	,62	,74	,75
32. Cuando mis hijos me ayudan, se lo agradezco y les comunico que su ayuda es importante	2,40	,92	,64	,73	,81
39. Es bueno decir a nuestros hijos como nos sentimos con las cosas que hacen	2,03	,87	,64	,73	,72
40. Sé cómo decir las cosas a mis hijos para no ofender.	1,51	,84	,54	,78	,73
E-V					
F1= 3,88 / 35,32% (VTF= 61,38%) α= 0,80 KMO=0,688					
7. Cuando hay problemas lo mejor es hablar para encontrar soluciones.	2,31	,95	,40	,70	,70
27. Cuando surge un conflicto con mis hijos les digo lo que tienen que hacer y se termina el problema	1,68	,87	,45	,68	,64
28. Cuando mis hijos no hacen las tareas que les corresponden, saben que tienen que asumir unas consecuencias o castigos.	1,68	,94	,54	,65	,62
38. Cuando mis hijos no hacen lo que tienen que hacer me mantengo firme.	1,61	,93	,56	,64	,49
43. Sé cómo llegar a acuerdos con mis hijos para solucionar problemas	1,41	,82	,44	,69	65
E-VI					
F1=2,21 / 44,13% (VTF=61,7%) α=0,79 KMO=0,633					
23. Cuando mis hijos hacen alguna cosa mal o tienen un mal comportamiento, les digo que son torpes, desobedientes, o alguna cosa similar para que se mejoren.	1,74	,88	,66	.	,92
30. Grito o riño a mis hijos cuando hacen o dicen alguna cosa que me molesta	1,61	,98	,66	.	,87

M= Media/ DT=Desviación Típica/ r= Correlación total ítem / α-x= Coeficiente de Alfa de Cronbach si se elimina el ítem / F= Carga del ítem en el factor/ E= Escala/ F1=Factor 1/ F2=Factor 2/ α= Coeficiente de Alfa de Cronbach final tras la eliminación de los ítems seleccionados/ VTF: Varianza Total de los Factores extraídos

Tras este análisis estadístico se procedió a la revisión del número de ítems por dimensión, de la orientación y redactado teórico de las mismas por 12 personas expertas. Simultáneamente, 10 familias de diferentes perfiles comprobaron la comprensión de los diferentes ítems y realizaron propuestas de mejora. Debemos destacar que para mejorar la comprensión y el lenguaje no sexista se procedió a emplear los términos hijos/as y madres/padres en todos los ítems. A continuación se detalla el perfil de las familias que pilotaron el cuestionario:

1. Mujer española con estudios primarios familia biparental hijos/as en edad adolescente.
2. Hombre español con estudios primarios familia biparental hijos/as en edad infantil o primaria.
3. Mujer española con estudios primarios familia monoparental madre adolescente con hijos/as en edad infantil o primaria.
4. Mujer española con estudios medios o secundarios familia biparental con hijos/as en edad infantil.
5. Mujer española con estudios medios o secundarios familia biparental con hijos/as en edad primaria.
6. Hombre español con estudios medios o secundarios familia biparental con hijos/as en edad primaria.
7. Mujer española con estudios medios o secundarios familia biparental con hijos/as en edad adolescente.
8. Hombre español con estudios medios o secundarios familia biparental con hijos/as en edad adolescente.
9. Mujer de origen marroquí con nivel de estudios primarios familia biparental e hijos/as en edad infantil.
10. Hombre de origen latino con nivel de estudios medios familia biparental e hijos/as en edad infantil.

El resultado final fue un cuestionario basado en las mismas seis dimensiones, con adaptaciones en la categorización nominal de las mismas y con una reducción del número de ítems hasta un total de 19 (Tabla 16). Se realizó una adaptación en las categorías de la escala Likert planteada, manteniendo las cuatro posibilidades de respuesta, evitando las respuestas centrales, basándolas en las siguientes opciones: Nunca, Casi Nunca, Bastante a menudo y Siempre.

TABLA 16: DIMENSIONES E ÍTEMS DEL CUESTIONARIO ADAPTADO POR VÁZQUEZ ET AL. (2015)

Instrumento	Dimensión	Definición	Ítems
"Cuestionario de evaluación de habilidades parentales"	Dimensión I: Comprensión desarrollo evolutivo	Capacidad de madres y padres de comprender los comportamientos del menor asociados a las necesidades y características de éste.	1
	Dimensión II: Autorregulación emocional	Capacidad de padres y madres de relajarse y controlar sus emociones en el día a día, y especialmente en la relación con sus hijos/as	2
	Dimensión III: Autoestima en el desarrollo de la función parental	Autopercepción de padres y madres de ser capaz de ejercer de modo positivo su rol parental	5
	Dimensión IV: Comunicación empática y asertiva	Capacidad de madres y padres de establecer una relación con sus hijos/as que tenga en cuenta las emociones de ambos y que se fundamente en un lenguaje positivo	4
	Dimensión V: Acuerdos	Capacidad de madres y padres de resolver conflictos, llegar a acuerdos con sus hijos/as y mantenerlos.	5
	Dimensión VI: Regulación comportamiento	Capacidad de madres y padres de establecer estrategias que regulen el comportamiento de sus hijos/as de modo asertivo	2
	TOTAL		19

La conformación final del cuestionario en seis dimensiones para evaluar la mejora o no de las habilidades parentales tras la participación en PHP se corresponde principalmente con tres aspectos.

En primer lugar, se ha decidido mantener el número inicial de dimensiones, ya que el cuestionario elaborado por Martínez (2009) y adaptado por Ramos y Manzanares (2012) se corresponden con los contenidos trabajados en el programa. De acuerdo con ello la supresión de alguna dimensión implicaría que algún aspecto del programa quedase ausente de evaluación, y la inclusión de algún otro parámetro implicaría la evaluación de aspectos no trabajados en el programa.

En segundo lugar, se ha decidido mantener dichas dimensiones, y la esencia de las mismas, porque se corresponden con diversos aspectos de los descritos en la literatura que permiten explorar, diagnosticar o evaluar la parentalidad, y más concretamente las competencias parentales. Como plantea Smith (2011) los modos de evaluar la parentalidad son múltiples. Aquellos centrados en el progenitor

pueden ir desde la evaluación del estrés en el desarrollo del rol, la observación directa de los comportamientos parentales en el hogar, las percepciones de los padres y madres de ser capaces de desarrollar su función, los estilos parentales, entre otros aspectos.

De acuerdo con este último punto, la dimensión I, categorizada como “comprensión del desarrollo evolutivo”, ha sido ampliamente descrita anteriormente como un aspecto a tener en cuenta para el desarrollo de la parentalidad positiva y del bienestar del mismo (Belsky, 1984; Rodrigo et al. 2010a). Como se ha referido en apartados anteriores Eshel et al. (2006) plantean que la parentalidad positiva se refiere a las capacidades de padres y madres de observar, interpretar y actuar de acuerdo a las necesidades del niño/a, por tanto deben comprender al menor.

En relación a la dimensión II, que recoge la necesidad y capacidad de padres y madres de controlar sus emociones y ser capaces de relejarse para ejercer el rol parental, se corresponde con los aspectos descritos por Baumrind (1971) y que posteriormente también han recogido Kawabata et al. (2011), Schofield et al., (2012) y Steinberg, (2001). Como hemos visto en apartados anteriores, el estilo parental recomendado se asocia a una capacidad de padres y madres de regular sus emociones, y evitar tanto una falta de expresión de las mismas, como una expresión descontrolada.

Por lo que respecta a la dimensión III, que hemos catalogado como “autoestima en el desarrollo del rol parental”, ésta ha sido extensamente descrita como uno de los aspectos a tener en cuenta en la parentalidad, y más concretamente en las capacidades parentales. Tiene que ver con la percepción y la actitud que madres y padres tienen sobre su capacidad de ejercer de madre o padre. Rodrigo et al. (2009) se refieren a ella, junto con otros aspectos, en el marco de la agencia personal, y Raikes y Thomson (2005) hablan en clave de la percepción de autoeficacia, es decir, de la confianza de poner en práctica la función parental. En esta escala se recoge tanto esta percepción propia, como el papel que juegan los demás en la construcción de esta autopercepción.

Seguidamente, la dimensión IV ha sido descrita como “comunicación empática y asertiva”. En relación a este aspecto, la literatura ha planteado como indispensable la necesidad de que padres y madres se pongan en el lugar del menor, comprendiendo sus estados de ánimo, y a la vez sean capaces de expresarse de modo que el niño o niña comprenda como se siente el padre o madre, y porqué toma las decisiones que toma. La Dimensión V se ha reducido a los aspectos que tienen que ver con los acuerdos. Tanto la capacidad de establecer acuerdos

paterno-filiales teniendo en cuenta el rol de cada uno, como de mantenerse firme en las consecuencias positivas o negativas asociadas a esos acuerdos. Finalmente la dimensión VI se refiere a las estrategias de padres y madres para regulación de comportamiento de sus hijos/as de modo asertivo, a través de disciplina positiva.

Estas tres últimas dimensiones, si bien resultan diferenciadas, ya que se refieren a diferentes momentos de la intervención y a diferentes aspectos de la relación paterno-filial, Byrnes y Miller (2012) y Kawabata et al. (2011), plantean algunos aspectos que refuerzan la importancia de las tres. Los autores plantean que la parentalidad positiva es el equilibrio entre la calidez y proximidad en la relación, y el establecimiento firme de un control, de normas y límites claros acompañados de su explicación y fomento de la comprensión. Schofield et al. (2012) refuerzan esta idea planteando que el adulto debe huir de un comportamiento coercitivo u hostil hacia el menor, para basarse en un comportamiento asertivo y respetuoso. Este comportamiento asertivo y respetuoso se materializa en estas tres últimas dimensiones, a través de la capacidad de los progenitores de reconocer las emociones del niño/a y comunicar adecuadamente las propias, así como ser capaces de llegar a acuerdos con ellos y regular sus comportamientos sin emplear una disciplina punitiva o lenguaje hostil.

Debemos destacar que todas estas dimensiones son empleadas por diversos programas a nivel nacional e internacional agrupándose de modo similar. Así por ejemplo, vemos que la empatía, autoestima, disciplina positiva y la comprensión del menor son aspectos trabajados en el Programa *Family Links* (Hunt, 2003). Mientras que en el ampliamente conocido *Incredible Years* se recogen dimensiones como resolución de problemas, empatía, escucha activa o límites y regulación del comportamiento, entre otros aspectos (Webster-Sratton et al., 2012). También a nivel internacional el programa *Triple P* (Sanders et al. 2002) recoge aspectos relacionados con la autoestima y las reglas, y a nivel nacional lo hacen programas como *Proinfancia* (Amorós et al., 2011) planteando la resolución de problemas como un aspecto básico a trabajar.

En último lugar, se ha decidido realizar algunas adaptaciones en la denominación y definición de las dimensiones debido a que se considera más oportuno el empleo de tan sólo un concepto para cada dimensión, y más aún tras la eliminación de ítems, que ha pretendido quedarse con la esencia y los ítems imprescindibles para mantener la orientación de cada dimensión.

6.4. Fase 4: Subestudio cuantitativo

Smith (2011) señala que la parentalidad y las intervenciones de parentalidad deben evaluarse a través de diversos indicadores y la información debe ser recogida y analizada a través de diferentes metodologías. La autora destaca el uso de la observación de la relación progenitores-hijos, las encuestas, las entrevistas con personas clave, tanto miembros de las familias participantes, como profesionales, o los grupos de discusión, entre otros.

En esta fase se describe el proceso de recogida, la población y el análisis del subestudio cuantitativo, simultáneo y complementario al subestudio cualitativo descrito posteriormente.

6.4.1. Instrumentos

Los instrumentos de recogida de información hacen referencia a aquellos que son informantes de los aspectos susceptibles de cuantificación de los fenómenos que se recogen (Torrado, 2004; Latorre, Del Rincón y Arnal, 2005).

La recogida de información se realizó a través de dos cuestionarios- *Cuestionario Inicial- Programa habilidades parentales* y el *Cuestionario final- Programa habilidades parentales*. Ambos fueron autoadministrados, uno antes del programa, y el otro inmediatamente después y al cabo de seis meses. Ambos recogían información sobre los siguientes aspectos: Habilidades parentales, conducta negativa de los hijos/as, estrés parental y apoyo social. Además el cuestionario inicial contenía un apartado para recoger información sobre las características estructurales y condiciones de vida de los participantes, así como un apartado para el consentimiento informado. Los cuestionarios estaban disponibles en catalán o castellano y se distribuyeron entre los participantes según sus preferencias. En la Tabla 17 se pueden observar los diferentes apartados de los cuestionarios autoadministrados antes y después de la aplicación del programa y el factor medido, las dimensiones y número de ítems de cada uno de ellos. Los cuestionarios completos pueden ser consultados en anexos (Anexo 3 y 4).

TABLA 17: APARTADOS DE LOS CUESTIONARIOS AUTOADMINISTRADOS ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PHP.

Apartado cuestionario	Factor medido	Dimensiones	Ítems
“Cuestionario de evaluación de habilidades parentales” (Vázquez et al., 2015)	Habilidades parentales	Comprensión niño/a	1
		Autorregulación emocional	2
		Autoestima	5
		Comunicación asertiva	4
		Acuerdos	4
		Estrategias regulación comportamiento	2
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997)	Comportamientos infantiles	Problemas conducta	5
Adaptación española de Parental Stress Scale (PSC) (Oronoz et al., 2007)	Estrés parental	Estresores que comporta el menor	7
		Beneficios/recompensas del menor	5
Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (DUFSS) (Broadhead et al., 1988)	Apoyo social	Afectivo	5
		Confidente	3
Sección datos participantes (Vázquez et al., 2015)	Perfil sociodemográfico	Sexo	1
		Edad	1
		Tipología familiar y residencia	3
		Nivel de estudios	1
		Territorio	1
		País de origen	1
		Situación laboral	1

6.4.1.1. Medida de las habilidades parentales

Las habilidades parentales son el aspecto más comúnmente asociado al desarrollo del rol parental, y es por ello que una intervención promotora de parentalidad positiva debe emplear instrumentos para medirlas. Para la medida de las habilidades parentales de las participantes del PHP se ha empleado el “Cuestionario de evaluación de habilidades parentales”, así como la versión catalana del mismo, adaptado por Vázquez et al. (2015) a partir del “Cuestionario inicial de habilidades parentales” y del “Cuestionario final de habilidades parentales” (Martínez, 2009).

El cuestionario está conformado por 19 ítems distribuidos en seis dimensiones de habilidades parentales relacionadas con los contenidos trabajados en las sesiones del PHP (Tabla 18). Los padres y madres participantes respondieron a los diferentes enunciados de acuerdo a una escala Likert de 4 opciones (0 Nunca, 1 A veces, 2 Bastante a menudo y 3 siempre).

TABLA 18: DIMENSIONES E ÍTEMS CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES PARENTALES

	Dimensión	Preguntas	Núm. de preguntas
“Cuestionario de evaluación de habilidades parentales”	Comprensión menor	3.3. Me cuesta entender el comportamiento de mi hijo/a	1
	Autorregulación emocional	3.1. En el día a día sé relajarme y controlarme	2
		3.13. Sé relajarme y controlar mis emociones delante de mis hijos/as	
	Autoestima en el desarrollo de la función parental	3.4. Me siento capaz de hacer de padre /madre	5
		3.5 Los problemas de mis hijos/as son diferentes a los problemas de otros hijos/ as.	
		3.10. Si una cosa no sale como quiero con mis hijos/as, intento ver la parte positiva	
		3.17. Me preocupa mucho lo que los demás opinen sobre como educo a mis hijos/as	
		3.18. Tengo buena opinión de mí mismo/a sobre como educo a mis hijos/as	
	Comunicación empática y asertiva	3.6. Acostumbro a decir a mis hijos/as lo bueno que veo en ellos	4
		3.12. Si mis hijos/as me ayudan, se lo agradezco y les hago ver que me han sido útiles	
		3.15. Conviene decir a nuestros hijos/as como nos sentimos con su manera de actuar	
		3.16. Sé cómo decir las cosas a mis hijos/as para no ofenderles.	
	Acuerdos	3.2. Cuando tengo problemas con otra persona lo mejor es hablar para encontrar juntos soluciones.	5
3.8. Cuando tengo un conflicto con mis hijos/as les digo lo que tienen que hacer y se termina el problema			
3.9. Si mis hijos/as no hacen lo que deben, saben que habrá unas consecuencias			
3.14. Si mis hijos/as no hacen lo que deben, yo me mantengo firme aplicando las consecuencias			
3.19. Sé cómo llegar a acuerdos con mis hijos/as para solucionar problemas			
Regulación comportamiento	3.7. Cuando mis hijos/as hacen alguna cosa mal les digo que son torpes o desobedientes para que lo corrijan	2	
	3.11 Suelo reñir a mis hijos/as cuando hacen o dicen alguna cosa que me molesta		
	TOTAL		19

6.4.1.2. Medida de los comportamientos infantiles negativos

Entre los aspectos documentados como determinantes de la parentalidad positiva (Belsky, 1984; Departamento de Salud UK, 2000; Rodrigo et al., 2010a) están las necesidades o características del menor y su desarrollo. El papel que juegan los comportamientos de los menores debe ser explorado, tanto como determinante de parentalidad, como también como resultado derivado de las actitudes, conocimientos y habilidades parentales. Por todo ello se han examinado diversos cuestionarios sobre la percepción de padres y madres respecto a los comportamientos de sus hijos/as. El *Eyberg Child Behavior Inventory* (Eyberg y Ross, 1978) fue descartado debido a su importante extensión y a la dificultad de emplear tan sólo una parte del instrumento ya que el análisis factorial era divergente y no permitía apostar por el uso de una de las subescalas. Por esta razón se decidió utilizar el *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997).

Teniendo en cuenta el interés por una escala reducida, se decidió usar la escala de “Problemas de comportamiento” del SDQ (Goodman, 1997) con 5 ítems (Tabla 19). Este cuestionario es contestado por padres y madres y se basa en una escala de Likert de 3 opciones (0 No es cierto, 1 Un poco cierto y 2 Absolutamente cierto). La puntuación máxima es de 10, siendo codificadas las preguntas en positivo en el sentido opuesto a las restantes. Una puntuación de 3 o menos se considera dentro de la normalidad, de 4 es considerada al límite y entre 5 y 10 como anormal. Como en el resto de las secciones, el interés de este cuestionario es analizar la evolución de los resultados pre y post intervención (inmediata y seis meses después) y ponerlos en diálogo con el resto de resultados/determinantes de parentalidad (apoyo social, estrés parental, habilidades parentales y características sociodemográficas).

TABLA 19: DIMENSIÓN Y NÚMERO ÍTEMS ESCALA PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO SDQ

	Dimensión	Preguntas	Núm. de preguntas
Escala “Problemas de comportamiento” Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997)	Problemas de comportamiento	4.1.Frecuentemente tiene rabietas y mal genio	5
		4.2. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	
		4.3. Se pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	
		4.4. A menudo miente o engaña	
		4.5. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	
	TOTAL	5	

6.4.1.3. Medida del estrés parental

Para medir el estrés parental se emplean diversos instrumentos, entre los más utilizados el *Parental Stress Index* (Abidin, 1990) y el *Parental Stress Scale* (PSS) (Berry y Jones, 1995). Para esta investigación se ha utilizado la versión adaptada al español y reducida por Oronoz et al. (2007) debido a que está validado en castellano y es relativamente corto.

Este instrumento tiene 12 ítems distribuidos en dos dimensiones con una escala de Likert de 5 opciones (1 Totalmente en desacuerdo, 2 Bastante en desacuerdo, 3 Ni de acuerdo ni desacuerdo, 4 Bastante de acuerdo, 5 Totalmente de acuerdo) que recoge en dos subescalas, que recogen aspectos relacionados con: Subescala 1 ($\alpha = 0,77$) las fuentes de estrés y Subescala 2 ($\alpha = 0,76$) las fuentes de recompensa que supone el menor. El máximo nivel de estrés parental es la suma de todos los ítems de ambas subescalas (60 puntos) y el mínimo nivel es 0 puntos. Algunas de las puntuaciones han sido transformadas para que todas estén formuladas en el mismo sentido (Tabla 20).

TABLA 20: DIMENSIONES Y NÚMERO DE ÍTEMS VERSIÓN ESPAÑOLA DE PSS

	Dimensión	Preguntas	Núm. de preguntas
Adaptación española Parental Stress Scale (Oronoz et al., 2007)	Estresores que comporta el menor	1.2. Atender a mi hijo/a a veces me quita más tiempo y energía de la que tengo	7
		1.5. La mayor fuente de estrés en mi vida es mi hijo/a	
		1.6. Tener un hijo/a deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida	
		1.7. Tener un hijo/a ha supuesto una carga financiera	
		1.8. Me resulta difícil equilibrar diferentes responsabilidades debido a mi hijo/a	
		1.9. El comportamiento de mi hijo/a a menudo me resulta incómodo o estresante	
		1.10. Me siento abrumado/a por la responsabilidad de ser padre/madre	
	Recompensas/ Beneficios del menor	1.1. Me siento feliz en mi papel como padre/madre.	5
		1.3. Me siento muy cercano/a a mi hijo/a	
		1.4. Disfruto pasando tiempo con mi hijo/a	
		1.11. Me siento satisfecho como padre/madre	
		1.12. Disfruto de mi hijo/a	
TOTAL			12

6.4.1.4. Medida del apoyo social

La percepción de apoyo social no sólo se asocia a la salud y el bienestar, sino que también ha sido descrito como un determinante de la parentalidad (Belsky, 1984). Para medir el apoyo social de padres y madres se ha empleado la versión de ocho items de Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire (DUFSS) (Broadhead et al., 1988) en sus traducciones castellana y catalana. Se ha decidido emplear este instrumento, en primer lugar tras la revisión hecha por López y Cooper (2011) de diversos instrumentos que permiten valorar la percepción de apoyo social, y en segundo lugar por su uso regular en el ámbito de la salud y su reducida extensión. El DUFSS ha sido empleado en contextos de diversidad cultural y socioeconómica, así como específicamente en el ámbito de la parentalidad y la evaluación de programas de educación parental (Castle, Slade, Barranco-Wadlow y Rogers, 2008; Fenfang, Godinet, y Arnsberger, 2011; Leung, Tsang y Dean, 2011).

En la Tabla 21, se puede observar que el instrumento recoge, a partir de ocho preguntas, dos dimensiones, la percepción del apoyo afectivo y el confidente empleando una escala Likert de 5 opciones (1 Mucho menos de lo que deseo, 2 Menos de lo que deseo, 3 Ni mucho ni poco, 4 Casi como deseo y 5 Tanto como deseo).

TABLA 21: DIMENSIONES Y NÚMERO DE ÍTEMS DUFSS

	Dimensión	Preguntas	Núm. de preguntas
DUFSS (Broadhead et al., 1988)	Apoyo afectivo	2.1. Tiene invitaciones para distraerse y salir con otras personas	3
		2.2. Recibe amor y afecto	
		2.8. Recibe ayuda cuando está enfermo/a en la cama	
	Apoyo confidente	2.3. Puede hablar con alguien de sus problemas en el trabajo o en el hogar	5
		2.4. Puede hablar con alguien de sus problemas personales y familiares	
		2.5. Puede hablar con alguien de sus problemas económicos	
		2.6. Tiene personas que se preocupan de lo que le pasa	
		2.7. Recibe consejos útiles cuando le pasa alguna cosa importante en la vida	
TOTAL		8	

6.4.1.5. Recogida de los datos sociodemográficos

En capítulos anteriores se han señalado las diferencias en el desarrollo de la parentalidad positiva asociadas a diferentes ejes de desigualdad (clase social, género, origen, edad y territorio). Es por ello que resulta indispensable recopilar información sobre los factores sociodemográficos de las diferentes familias, que nos permiten analizar las diferencias asociadas a los ejes de desigualdad. El cuestionario empleado para la recogida de datos sociodemográficos es una adaptación del *“Cuestionario Inicial de habilidades parentales”* (Ramos y Manzaneras, 2012) realizada por Vázquez et al. (2015) con el fin de comprender mejor las preguntas y asemejarse a los cuestionarios empleados en el apartado sociodemográfico de la *“Enquesta de Salut de Barcelona”* (Bartoll, Rodríguez-Sanz y Borell, 2012), lo que permitiría la futura comparabilidad.

El cuestionario cuenta con seis dimensiones que se recogen a partir de nueve preguntas. Las opciones de respuesta son cerradas y son cuantificadas de 0 en adelante. Esta sección del *“Cuestionario Inicial- Programa habilidades parentales”* permite analizar los resultados en cuanto a habilidades parentales, comportamientos infantiles, estrés parental y apoyo social en función de los diferentes ejes de desigualdad y determinantes sociales que nos aportan los datos sociodemográficos.

TABLA 22: DIMENSIONES Y NÚMERO DE ÍTEMS CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

	Dimensión	Preguntas	Categorías	Núm. de preguntas
Sección datos participantes (Vázquez et al. 2015)	Sexo	5.1. ¿Cuál es su sexo?	- Hombre - Mujer	1
	Edad	5.2. ¿Cuántos años tiene?		1
	Nivel socioeconómico	5.3. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?	- Sin estudios - Educación primaria - Educación Secundaria - Formación profesional - Estudios universitarios - Doctorado	1
	Situación laboral	5.8. ¿Cuál es su situación laboral principal actual?	- Trabaja - Parado - Tareas del hogar - Otros	1
	Origen	5.4. ¿Cuál es su país de procedencia?	- España - Otro (Especificar)	1
	Tipo de familia y residencia	5.5. ¿Cuál es su estado civil?	- Soltero - Casado - Separado - Divorciado - Viudo - Otros	3
		5.6. ¿Vive en pareja?	- Si - No	
		5.7. ¿Cuál es la edad y el sexo de sus hijos/as?		
	Territorio	Código territorio de realización del programa		1
TOTAL			9	

6.4.2. Población

De los 24 grupos disponemos información cuantitativa pre y post intervención de 22 grupos, y seis meses post-intervención de 15 grupos.

El total de participantes que iniciaron la intervención fueron 257 padres y madres, la finalizaron y autocumplimentaron el cuestionario post-intervención 216 y autocumplimentaron el cuestionario pasados seis meses 130. Para dar respuesta al primer y al tercer objetivo se empleó la muestra de la población que finalizó la intervención. Para dar respuesta al segundo objetivo se empleó la muestra de padres y madres que autocumplimentaron el cuestionario de seguimiento a los seis meses. En la Tabla 23 se puede observar el perfil de los participantes en cada uno de los tres momentos de recogida de información.

TABLA 23: PERFIL POBLACIONAL DEL MOMENTO PRE-INTERVENCIÓN, POST-INTERVENCIÓN Y SEIS MESES POST-INTERVENCIÓN.

	Pre-test		Post-test		Seis meses post- test		Abandon o pre-post	Abandon o pre-seis meses
	N	%	N	%	N	%	%	%
Total	257	100	216	100	130	100	16	49,4
Sexo								
Mujer	224	87,2	191	88,4	121	93,0	14,7	46,0
Hombre	33	12,8	25	11,6	9	6,9	24,2	72,7**
Edad								
Menos de 30	50	19,6	42	19,6	23	18,0	16,0	54,0
30-35	64	25,1	55	25,7	35	27,3	14,1	45,3
36-40	81	31,8	65	30,4	36	28,1	19,8	55,6
Más de 40	60	23,5	52	24,3	34	26,6	13,3	43,3
País de origen								
España	152	59,4	131	60,9	76	58,5	13,8	50,0
Otro país	104	40,6	84	39,1	54	41,5	19,2	48,1
Latinoamérica	51	49,0	40	47,6	22	40,7	21,6	56,9
África	22	21,2	20	23,8	16	29,6	9,1	27,3
Europa	16	15,4	14	16,7	11	20,4	12,5	31,3
Otros	15	14,4	10	11,9	5	9,3	33,3	66,7
Tipología familiar								
Vive en pareja	196	76,9	165	77,1	106	81,5	15,8	45,9
No vive en pareja	59	23,1	49	22,9	24	18,5	16,9	59,3
Nivel de estudios								
Superiores	92	37,9	79	38,3	60	48,4	14,1	34,8
Secundarios	90	37,0	68	33,3*	33	26,0	24,4*	63,3***
Sin estudios o primarios	61	25,1	57	27,9	31	25,0	6,6	49,2
Situación laboral								
En paro	80	31,4	65	30,4	35	26,9	18,8	56,3
Ocupado	105	41,2	89	41,6	56	43,1	15,2	46,7
Ama de casa	50	19,6	45	21,0	28	21,5	10,0	44,0
Otros	20	7,8	15	7,0	11	8,5	25,0	45,0

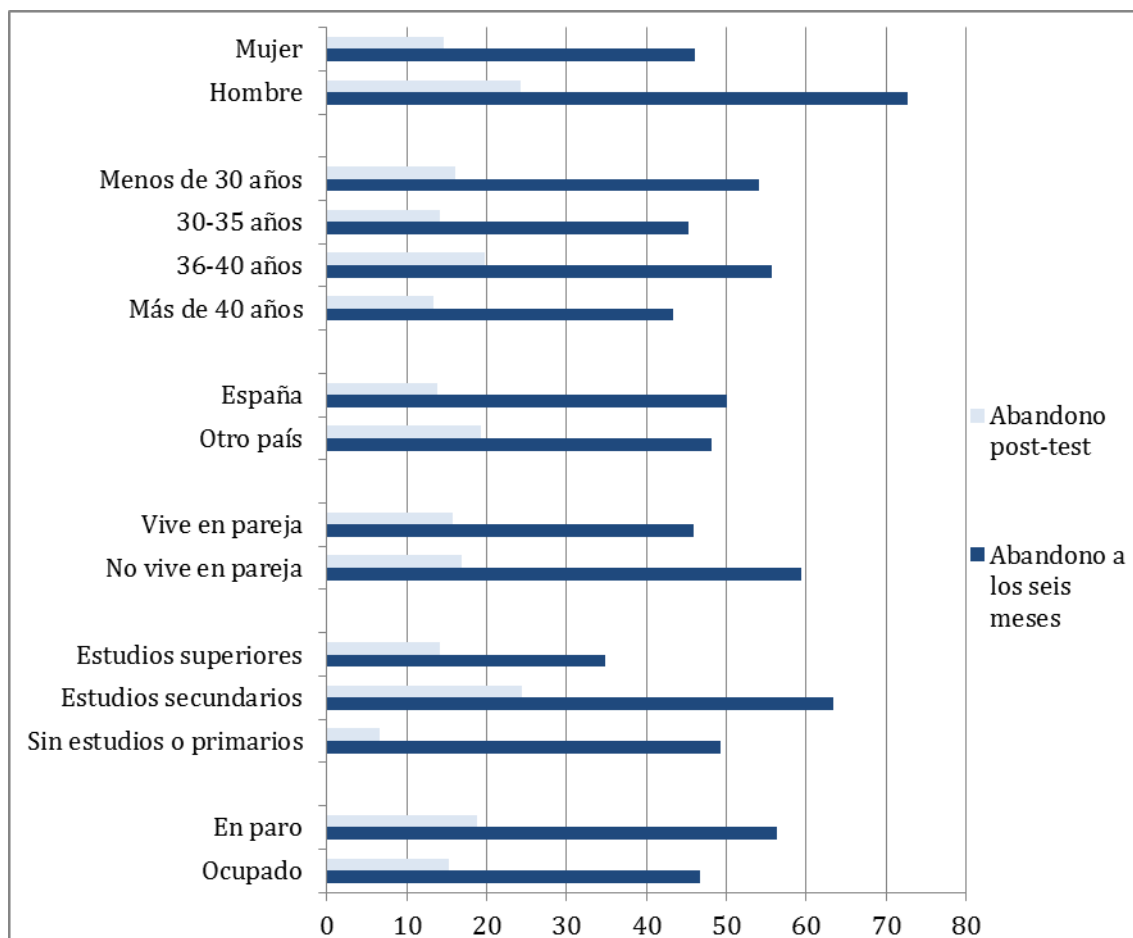
N=Número de participantes /%= porcentaje de participantes/ *p<0,05**p<0,01 ***p<0,001 (Test Chi Cuadrado)

De acuerdo con estos datos, debemos destacar que la mayoría de participantes fueron mujeres y personas que vivían en pareja. Asimismo, las edades fueron variables y se identificó que la moda fue 39 años en los tres momentos y la media de edad se movió entre 36,5 y 36,1 años. Para las variables nivel de estudios, situación laboral y país de origen el perfil fue heterogéneo. En cuanto a las personas inmigrantes la mayoría fueron latinoamericanas, sin embargo participó gente de 30 nacionalidades distintas. Respecto al número del hijos/as una gran mayoría de los participantes tenían un hijo/a (entre el 34% y el 38%) o dos (entre el 43% y el 47%), la mayoría de estos tenían entre 3 y 5 años, siendo la mitad niños y la mitad niñas.

Como podemos observar finalizó la intervención el 84% de los participantes. El 16% restante no finalizó la intervención por motivos laborales (cambios de horario, encontrar un trabajo, entre otros), familiares (nacimiento de un nuevo hijo/a o cuidado de un familiar) o de cambio de residencia, y un 49,4% no realizó la evaluación a los seis meses. De acuerdo con esto, del total de participantes que finalizaron la intervención, el 60,2% autocumplimentaron el cuestionario de seguimiento a los seis meses. La fuerte tasa de abandono en esta fase de seguimiento se relacionó con una dificultad de los dinamizadores para contactar nuevamente con las familias.

No existe un claro perfil de abandono, sin embargo se observan algunos colectivos que su participación se reduce significativamente con el paso del tiempo y algunas tendencias (Tabla 23) (Gráfico 1). Se identifica que las personas con estudios medios o secundarios fueron el perfil de participantes que más abandonó la participación en este estudio, especialmente seis meses después de la finalización de la intervención, aunque también en el momento inmediato se dio un leve abandono. Sin embargo, las de estudios superiores abandonaron de forma progresiva pero leve, mientras que las de bajos estudios abandonaron muy poco al finalizar la intervención y su abandono aumentó notoriamente, aunque bastante por debajo de las personas de estudios medios, en la fase de seguimiento. Los hombres redujeron significativamente su participación a los seis meses de la intervención. En cuanto a la tendencia, aunque no se mostró significativamente diferencial, podemos señalar que las personas que no viven en pareja mostraron también un leve descenso de participación en los dos momentos post-intervención. Finalmente, además de los perfiles anteriores, en cuanto a los abandonos en la fase de evaluación de seguimiento destacan las personas en situación de desempleo y las latinoamericanas.

GRÁFICO 1: PORCENTAJE DE ABANDONO SEGÚN GRUPO POBLACIONAL EN EL MOMENTO POST-TEST Y PASADOS SEIS MESES DE LA FINALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.



6.4.3. Análisis cuantitativo

En primer lugar se realizó el registro de los datos de forma numérica para cada participante, tanto para las variables categóricas (País de origen, nivel de estudios, sexo, estado de convivencia y situación laboral), como para las cuantitativas (habilidades parentales totales y sus seis dimensiones, estrés parental, apoyo social, comportamientos infantiles negativos y edad). Para las variables categóricas se realizó un protocolo de codificación en el que se clarificaba el código indicado para cada categoría. De este modo quedó conformada una primera matriz de datos que fue revisada y filtrada de acuerdo a las recomendaciones de Pallant (2003). En este sentido, se trabajó para la búsqueda y resolución de posibles datos introducidos erróneamente. Los valores perdidos fueron escasos (1% pre, 0,6% post y 0,8% en el diferido) y distribuidos por diversos casos, por lo que se decidió sustituir los valores perdidos por la media de la serie, es decir, la media aritmética de la variable.

Una vez finalizada la fase de recogida y de preparación de la base de datos, se procedió a aplicar las pruebas necesarias para determinar si era más adecuada la

aplicación de pruebas de análisis de datos paramétricas o no paramétricas. Para ello se analizaron los requisitos que deben cumplir las variables dependientes que quieran ser analizadas para poder aplicarse sobre ellas pruebas paramétricas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006):

- a) que el nivel de medición de las variables sea por intervalos o razón (variables numéricas)
- b) que la distribución de las variables sea normal

El primer requisito fue cumplido por las cuatro variables dependientes, ya que todas ellas son de carácter numérico. Para demostrar que se cumplía el segundo requisito, se calculó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

La prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S) permite evaluar la bondad de ajuste de una variable cuantitativa dada una muestra concreta. Se basa en la comparación de una distribución empírica con una distribución teórica, en este caso una distribución que sigue la curva normal. La obtención de valores de significación superiores a 0,05 en la prueba de K-S confirma la hipótesis nula, y por tanto la distribución normal de la muestra. Teniendo en cuenta esto, se realizó la prueba de K-S para demostrar la distribución normal de los datos recogidos para las variables surgidas de la aplicación de los cuatro instrumentos pre y post intervención. En el caso de la variable habilidades parentales se aplicó el test por separado para cada una de las seis dimensiones que conforman la escala, y para la suma de las mismas. Diecinueve de las veinte variables analizadas obtuvieron niveles de significancia inferiores a 0,05, lo que confirmó la hipótesis alternativa que considera que las variables difieren de la distribución normal. En la Tabla 24 se puede observar los valores de la prueba de K-S y su significación, así como la curtosis y asimetría para cada una de las variables. Ninguno de los casos cumplió con un coeficiente de asimetría = ± 0.5 , ni un coeficiente de curtosis de = ± 0.5 , lo que confirma la inexistencia de una curva normal de distribución de los datos.

TABLA 24: RESULTADOS DE LA PRUEBA DE NORMALIDAD KOLGOMOROV-SMIRNOV (K-S)

	Z de K-S	Sig. asintót. (bilateral)	Asimetría	Curtois
Pre_Apoyo social	2,66	,000*	-,713	-,820
Pos_Apoyo social	2,42	,000*	-1,035	,300
Pre_Estrés parental	2,30	,000*	1,072	,394
Pos_Estrés parental	1,18	,123	,277	-,044
Pre_Comportamientos infantiles	3,22	0,000*	,943	,092
Pos_Comportamientos infantiles	2,21	,000*	,840	,711
Pre_Habilidades parentales	3,46	0,000*	-1,381	,859
Pos_Habilidades parentales	1,83	,002*	,503	-,284
Pre_D1_Habilidades parentales	5,63	0,000*	-,689	-,244
Pos_D1_Habilidades parentales	5,05	0,000*	-,070	,572
Pre_D2_Habilidades parentales	2,51	,000*	-,171	-,408
Pos_D2_Habilidades parentales	3,26	0,000*	,184	-,674
Pre_D3_Habilidades parentales	3,25	0,000*	-1,135	,505
Pos_D3_Habilidades parentales	1,61	,011*	-,215	,769
Pre_D4_Habilidades parentales	3,13	0,000*	-1,127	,251
Pos_D4_Habilidades parentales	3,06	,000*	-,490	1,031
Pre_D5_Habilidades parentales	3,20	0,000*	-,924	,236
Pos_D5_Habilidades parentales	2,28	,000*	,562	-,323
Pre_D6_Habilidades parentales	2,53	,000*	-,225	-1,054
Pos_D6_Habilidades parentales	2,49	,000*	-,065	-,806

De acuerdo con lo comentado anteriormente, se decidió emplear técnicas no paramétricas para dar respuesta a los objetivos 1 y 2, ya que son las apropiadas cuando la muestra no cumple algunos de los supuestos indicados anteriormente. Se aplicó el test de Chi Cuadrado para analizar la posible existencia de diferencias

significativas para las características de la muestra en los tres momentos de recogida de información (pre-test, post-test inmediato y post-test a los seis meses).

En cuanto a la selección de las técnicas de análisis de datos para la comparación de variables entre muestras relacionadas se empleó el test de Friedman. Este test permitió presentar los resultados tanto para el primer objetivo, centrado en la comparación de las muestras pre-test y post-test, como el segundo objetivo, que añadió a la comparación la muestra del test diferido. Esta prueba es una alternativa no paramétrica al t-test o a la ANOVA. En vez de comparar las medias de las puntuaciones, convierte las puntuaciones en rangos y compara sus promedios. El modo en que se obtienen estos promedios se describe a continuación. Teniendo en cuenta las muestras pre-test, post-test y seis meses post-test de cada participante, este test asigna a cada sujeto el número 1 a la muestra con menor valor y el 3 a la de mayor valor. En caso de empate asigna el valor medio. Posteriormente se realiza el promedio para cada muestra, lo que da el valor promedio. Si este valor es diferente de 2 en las tres muestras se asume que la hipótesis nula queda descartada, puesto que todas las muestras son diferentes entre ellas.

Para todas las variables dependientes se presenta la media, la desviación típica, la mediana y el % de participantes que mejoran tras la finalización del programa (N que obtiene mejores resultados post-intervención inmediata o 6 meses post-intervención/ N total $\times 100$). Se asumió una significatividad mínima por debajo de ,05 ($\sigma \leq ,05$). Esto implica que en los casos en que la comparación de rangos realizada por el test obtuvo un valor de significación inferior a ,05, fue considerado que los grupos comparados mostraban diferencias significativas. En los casos en que la significación fue inferior al a 0,001 se indicó en la presentación de resultados, como también si lo era por debajo de 0,01.

Seguidamente, para dar respuesta al objetivo 3 se crearon cuatro variables dependientes surgidas de la diferencia pre-post de apoyo social, de estrés parental, de comportamientos infantiles negativos y de habilidades parentales. Empleando como referencia otros estudios similares, las variables fueron dicotomizadas, (Ling et al., 2014; Pettersson et al., 2009; Strandberg et al., 2014), y el criterio empleado como punto de corte fue la mediana (Asellus, Nordström, Nordström y Jokinen, 2014). El éxito de la intervención se situó por encima de la mediana en el caso del apoyo social y las habilidades parentales, y por debajo de la mediana en el caso del estrés parental y los comportamientos infantiles negativos.

Las covariables empleadas en tanto que predictores fueron sexo, país de origen, estado de convivencia, nivel de estudios, edad y situación laboral. Las tres primeras eran variables dicotómicas y se empleó como referencia la categoría,

mujer, origen español y vive en pareja. Para las otras tres covariables se realizó la dicotomización empleando como referencia las categorías: nivel de estudios superior (versus sin estudios/primarios o versus secundarios), desempleado (versus trabaja o versus tareas del hogar o versus prejubilado/estudiante/incapacitado) y Menos de 30 años (versus 30-35 o versus 36-40 o versus Más de 40). La selección de estas covariables se realizó de acuerdo a tres criterios:

- Selección de variables que recogen información sobre los progenitores, y exclusión de aquellas que recogen sobre los hijos/a
- Introducción de un número de covariables respetando la relación: una covariable por cada 10 (Doménech y Granero, 2004b) o 15 de sujetos (Pallant, 2003)
- Inclusión de variables de acuerdo revisión de la literatura y el marco conceptual de referencia, priorizando aquellas que tengan una importancia contrastada en otros estudios de salud pública, que sean más fáciles y objetivas de medir e interpretar. (Doménech y Granero, 2004a)
- Se excluyeron variables como el territorio por su fuerte correlación con la variable nivel de estudios

Una vez seleccionadas las variables, en primer lugar se presentaron las frecuencias de las medianas pre-intervención y post-intervención para cada grupo poblacional. En segundo lugar, se aplicó la Prueba Chi-cuadrado de Pearson para identificar las relaciones bivariadas entre las variables predictoras y las variables dependientes de nueva creación especificadas anteriormente. Se analizó si existía un gradiente para las variables nivel de estudios y edad. En tercer lugar, se procedió al análisis multivariado empleando la regresión logística binaria. Este tipo de regresión es extensamente empleada en salud pública ya que, a partir de la Odds Ratio, permite definir la probabilidad de que una situación de salud o enfermedad se dé un grupo poblacional en contraste con otro. La Odds Ratio para nuestro estudio es la siguiente:

Éxito en la intervención /Fracaso en la intervención (Categoría de control: mujer, desempleado, origen español, vive en pareja, estudios superiores y menor de 30 años)	
Odds Ratio =	$\frac{\text{Éxito en la intervención / Fracaso en la intervención}}{\text{Éxito en la intervención / Fracaso en la intervención}}$
(4 variables dependientes)	(categoría de contraste)

Este tipo de regresión se utiliza tanto para evaluar el efecto de una o más variables independientes sobre la variable dependiente, como para construir un modelo de

predicción del riesgo (Aguayo y Lora, 2007). En este estudio nos centramos en el primer caso, ya que queremos evaluar si existen factores sociodemográficos asociados a un mayor éxito en los resultados de la intervención.

El motivo de elección de este tipo de regresión, ha sido en primer lugar por su utilidad corroborada en salud pública (Arcas et al., 2012; Artazcoz et al., 2011), y más específicamente en estudios que pretenden identificar los factores asociados al éxito de una intervención (Ling, Watanabe, Yoshii y Akazawa, 2014; Pettersson, Lindén-Boström y Eriksson, 2009; Strandberg, Bodin y Romelsjö, 2014; Strandberg, 2014). En segundo lugar, se ha empleado la regresión logística debido a que permite garantizar el uso de una prueba estadística robusta, a la vez que los requisitos para su uso son menos exigentes que en otro tipo de análisis (Doménech y Granero, 2004a, 2004b). Así por ejemplo, en el modelo de regresión lineal se asume que los errores estándar de cada coeficiente siguen una distribución normal (homocedasticidad). En el caso del modelo de regresión logística no pueden realizarse estas asunciones pues la variable dependiente no es continua (Kleimbaum y Kleim, 2010; SEQC, en prensa).

La regresión logística binaria emplea variables dependientes dicotómicas, o que pueden ser dicotomizadas. Las variables explicativas independientes, o covariables, deben ser dicotómicas, o en caso contrario indicar al programa informático su transformación en variables dicotómicas ficticias. En este caso el programa identificará una de las categorías de la variable como referencia y realizará la comparativa dos a dos con el resto de categorías (SEQC, en prensa).

Para todo el análisis de regresión logística se calcularon los porcentajes de éxito, las Odds Ratio, el Intervalo de confianza (IC) al 95%, se aplicó el test de Wald y se identificaron como significativos aquellos valores de p inferiores a 0,05. Además, a partir del test de Wald se analizó la existencia o no de tendencia para las variables nivel de estudios y edad. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 20.

6.5. Fase 5: Subestudio cualitativo

En esta fase se describe el proceso de recogida, la población y el análisis del subestudio cualitativo, simultáneo y complementario al subestudio cuantitativo descrito anteriormente. Ambos estudios son independientes y complementarios, y el proceso de triangulación no se da hasta el momento de la interpretación de los datos analizados.

6.5.2. Estrategias Cualitativas

Las estrategias de recogida de información cualitativa sirven para obtener información no medible en términos de cantidad, intensidad o frecuencia. Permiten recoger experiencias, vivencias, significados y expectativas. No pretenden generalizar, sino interpretar de forma subjetiva la realidad concreta que se analiza (Sabariego, 2013). Se realizaron entrevistas semiestructuradas individuales y grupales a profesionales, grupos de discusión a padres y madres, y se hizo un análisis documental de los registros de observación del grupo de participantes de los diferentes territorios, de una de las actas de reunión de la *Xarxa* y de los registros sobre los efectos del programa sobre las familias elaborados por los profesionales, en los casos que no se pudo desarrollar el grupo de discusión a padres y madres. Todas ellas se aplicaron mayoritariamente al finalizar la intervención, sin embargo el análisis documental se realizó de la documentación surgida a lo largo del proceso de implementación. A continuación se describen los aspectos más relevantes de cada una de ellas.

6.5.2.1. Entrevista

La entrevista es una técnica que permite obtener información sobre aspectos subjetivos en relación con valores, creencias, opiniones, entre otros aspectos, de los acontecimientos vividos (Massot, Dorio y Sabariego, 2004). Existen diversos modos de clasificar las entrevistas, entre los que queremos destacar para esta investigación el criterio de estructura y diseño y el del número de participantes.

En relación con el diseño, las entrevistas pueden ser estructuradas, semiestructuradas o abiertas. En este estudio se realizaron entrevistas semiestructuradas caracterizadas por partir de un guion con un listado de preguntas ordenadas y redactadas de forma abierta, lo que permite recopilar información con matices de cada sujeto (Fuentes-Peláez, 2007). Se distingue de las otras dos modalidades, ya que en el primer tipo las preguntas son cerradas y buscan respuestas cortas, mientras que en la tercera modalidad no se dispone de guion de preguntas.

Respecto al número de participantes se distinguen las entrevistas individuales y las grupales. Ambas se desarrollan a partir de unas preguntas pero en el caso de la entrevista individual las respuestas parten de una persona, mientras que en la grupal proceden simultáneamente de diversos participantes (Sagoe, 2012). En esta investigación se han empleado los dos tipos para la entrevistas realizadas a profesionales, ya que en algunos territorios el responsable de implementar el

programa ha sido un equipo de entre dos y cuatro personas, y en otros tan solo un profesional.

En el caso de la recogida de información de los profesionales tras la finalización de programa se ha decidido apostar el calificativo entrevista grupal, teniendo en cuenta el criterio del número de participantes. Como veremos en la próxima sección, el grupo de discusión o grupo focal se caracteriza por ser también una entrevista grupal, sin embargo en ningún caso con un número menor de seis participantes según Rabiee (2004) y cuatro según Smithson (2008), mientras que en las entrevistas grupales podemos encontrar entre dos y cuatro participantes.

Las entrevistas finales a profesionales se han caracterizado por ser a un número de entre uno y cuatro profesionales, siendo la mayoría de dos. El nivel de interacción y de discusión es mucho menor que en el grupo de discusión, por lo que la recogida de información se centra en la suma de individualidades, más que en el resultado de la discusión e interacción de las mismas. Todas las entrevistas fueron planificadas y se desarrollaron de acuerdo con los cuatro momentos que señalan Berjano y Pinazo (2001):

- Preparatorio y comienzo: explicamos los objetivos y las características de la entrevista a los entrevistados
- Indagación: exploramos los objetivos de la entrevista teniendo en cuenta las guías y las respuestas que dan los entrevistados para acomodar así la conversación y ayudarles a expresarse. Las entrevistas se inician con preguntas no muy comprometidas que han permitido “romper el hielo” y seguir avanzando en los temas
- Devolución, como una forma de confirmar los resultados del análisis.
- Finalización, agradecemos la colaboración dejando la puerta abierta para posibles encuentros en el futuro

Para reducir los sesgos de subjetividad de las propias interpretaciones y aumentar la validez de la transcripción de las entrevistas, el audio de la mayor parte de las entrevistas ha sido registrado. Taylor y Bogdan (1994:130) dice << un grabador permite al entrevistador captar mucho más que si reposara sobre su memoria >>, aunque también afirma que <<es obvio que no deben de grabarse las entrevistas si esto hace que los entrevistados se sientan incómodos>>. Teniendo en cuenta estas aportaciones, las grabaciones y transcripciones de entrevistas a profesionales se han realizado siempre y cuando éstos se sintieran cómodos y nos dieran su consentimiento. En los restantes casos, el registro ha sido manual.

El guion de entrevista para profesionales puede ser consultado en el apartado de anexos (Anexo 5). Sin embargo, a continuación en la Tabla 25 se detallan las

principales dimensiones y las preguntas. Las dimensiones están estrechamente relacionadas con la lógica de las utilizadas en la metodología cuantitativa. A los profesionales se les pregunta por sus percepciones en relación a las familias.

TABLA 25: DIMENSIONES Y PREGUNTAS GUIÓN DE ENTREVISTA PROFESIONALES

	Dimensión	Preguntas	Núm. de preguntas
Entrevista individual o grupal profesionales	Valoración general del programa	1. ¿Qué principales efectos creéis que genera el PHP en las familias?	3
		7. ¿Qué aspectos han ayudado a que las familias participaran, aprendieran y/o aplicaran lo aprendido?	
		8. ¿Qué aspectos han dificultado a que las familias participaran, aprendieran y/o aplicaran lo aprendido?	
	Cambios inmediatos	2. ¿Creéis que las familias se sienten más capaces/seguros en la crianza de sus hijos/as? ¿Qué aspectos consideráis que han mejorado más notablemente?	4
		3. ¿Este programa consideráis que ha mejorado la percepción de apoyo en las familias? ¿De qué modo se ha dado esta mejora?	
		4. ¿Creéis que este estrés se ha reducido en las familias? ¿Cómo/Por qué se ha dado esta reducción?	
		5. ¿Creéis que se han dado cambios de comportamiento en niños y niñas? ¿Cómo son estos cambios?	
	Relación variables y modificación efecto	6. De qué modo creéis que sentirte apoyado, sentir menos estrés parental, mejorar la capacidad de criar a los hijos/as y mejorar los comportamientos de los niños/as están relacionados? ¿Cómo creéis que se relacionan estos aspectos?	3
		Preguntas 7 y 8	
	TOTAL		

6.5.2.2. Grupo de discusión

Los grupos de discusión son técnicas cualitativas que permiten recoger información sobre aspectos relacionados con el problema de investigación. Según Infesta, Vicente y Cohen (2012) las corrientes americanas los consideran como una modalidad de entrevista grupal donde el moderador tiene un papel

interaccionador (Kvale, 2011), mientras que desde la corriente europea se habla más de interacción y apertura de los participantes y el moderador interviene muy poco. En todo caso, su elemento diferenciador respecto a una entrevista grupal clásica es el nivel de interacción del grupo y el discurso surgido de esta interacción, más allá del papel que juegue el moderador. El grupo de discusión no es simplemente una entrevista grupal simultánea sino que, según Russi (1998), los miembros del grupo confrontan sus ideas, perspectivas y creencias para generar el discurso del grupo. Massot et al. (2004) consideran esta estrategia como una discusión diseñada para obtener percepciones sobre un área de interés de la investigación, sin necesidad de llegar a un consenso (Kvale, 2011).

Larson, Grudens-Schuck y Lundy Allen (2004) distinguen entre los grupos focales, los pequeños grupos de discusión y los grandes grupos de discusión. Los primeros son los más extendidos en las investigaciones de ciencias socioeducativas y de la salud, y están formados por 6 a 12 personas (Barbour y Kitzinger, 1999). Se recomiendan para clarificar y recoger las experiencias de los participantes de un programa. Las otras modalidades de grupo de discusión descritas por Larson et al. (2004) se caracterizan por ser un grupo mucho mayor, alrededor de 20 en el primer caso y hasta 100 en el segundo. El objetivo de estos grupos de discusión más amplios no es tanto revelar percepciones y comportamientos personales, como en el caso descrito anteriormente, sino generar ideas, soluciones o incluso llegar a un consenso.

De acuerdo con esta clasificación, en esta investigación se han empleado grupos de discusión de entre 6 y 12 participantes del PHP tras la finalización del mismo para recoger sus experiencias de participación y los efectos del programa. Se utilizó un guión semi-estructurado similar al empleado en las entrevistas a profesionales pero con una redacción más simple y orientada a la propia experiencia. El guión puede ser consultado en el apartado de anexos, aunque en la Tabla 26 se pueden consultar las preguntas y dimensiones (Anexo 6).

TABLA 26: DIMENSIONES Y PREGUNTAS GRUPO DE DISCUSIÓN PADRES Y/O MADRES

	Dimensión	Preguntas	Núm. de preguntas
Grupo discusión padres y/o madres	Valoración general del programa	1. A nivel general, ¿en qué os han ayudado estas sesiones?	3
		6. ¿Qué cosas os han ayudado a participar en las sesiones, a aprender y/o poner en práctica lo aprendido?	
		7. ¿Qué cosas han hecho que sea difícil participar de las sesiones, aprender y/o poner en práctica lo aprendido?	
	Cambios inmediatos	2. ¿Os sentís más capaces/seguros en la crianza de vuestros hijos/as? ¿Qué aspectos han cambiado?	4
		3. ¿Este programa os ha hecho sentir más apoyados o ayudados? ¿De qué modo os habéis sentido más apoyados? ¿De dónde proviene este apoyo?	
		4. ¿Creéis que tenéis menos nervios? ¿Cómo/ Por qué?	
		5. ¿Se comportan diferente vuestros hijos/as? ¿En qué sentido se comportan diferente?	
Relación entre variables y modificación efecto	Preguntas 6 y 7	2	
TOTAL		7	

Es importante subrayar que para llevar a cabo los grupos de discusión, se tuvieron en cuenta las recomendaciones para su preparación y desarrollo (Massot et al. 2004; Sagoe, 2012) entre las que queremos destacar:

- Diseño de un guión previo donde se detallan los objetivos y temas que van a guiar la discusión
- Desarrollo en un entorno habitual y confortable acondicionado para una fluidez en la discusión
- Consciencia y dinamización de las diferentes voces para asegurar el máximo de participación diversa en función de: tiempo de experiencia en relación al programa, territorio, perfiles de familias con los que trabajan y responsabilidad en el programa

Asimismo, como en el caso de las entrevistas, siempre que se contó con el consentimiento las discusiones grupales fueron grabadas y transcritas para asegurar la mayor neutralidad.

6.5.2.3. Análisis documental

Esta técnica consiste en examinar de forma sistemática documentos escritos previamente al inicio de la investigación, o que fueron parte de intercambios en los que el investigador no participó. Del Rincón, Latorre, Arnal y Sans (1995) la consideran como una gran fuente para analizar información de referencia sobre un programa en concreto y hacerlo de forma retrospectiva. Se han señalado algunas limitaciones relacionadas con el hecho de ser datos secundarios, y por lo tanto no recogidos de acuerdo con los objetivos de investigación (Massot et al. 2004). Sin embargo, es una fuente de información que permite complementar todas las anteriores.

Los documentos analizados en relación al PHP fueron de tres tipos: (1) los registros de observación realizados por profesionales del territorio, (2) el acta de reunión de la “*Xarxa d’habilitats parentals de Barcelona*” y (3) los registros de los efectos del programa sobre las familias, elaborados por los profesionales en los casos en los que no se pudo desarrollar el grupo de discusión a familias.

La observación no participante fue desarrollada por un total de 2 profesionales de algunos de los territorios donde se implementó el PHP. Según Mundet (2014), la observación se caracteriza por la aproximación del investigador para entender la realidad social en su conjunto. En algunas ocasiones los profesionales siguieron una guía de recogida de información, que puede ser consultada en anexos (Anexo 7), mientras que en otros casos realizaron un registro sistemático estructurado, de acuerdo a aquellos elementos que ellos consideraban oportuno destacar. En uno de los casos los aspectos registrados fueron en relación con la interacción de los participantes, las temáticas más destacadas en cada sesión, el papel del dinamizador, las metodologías o las aportaciones realizadas por los padres y madres. Los resultados contribuyeron a: (1) mejorar aspectos del programa en relación a la aplicación en el territorio y el grupo concreto (2) ofrecer una primera toma de contacto del profesional con la dinámica del programa para poder después implementarlo. En el otro caso la observación fue empleada para detectar fortalezas y debilidades de los instrumentos de evaluación.

En relación con las actas, las reuniones ordinarias trimestrales de la red son registradas mediante un acta de reunión desde antes del inicio de esta investigación y durante el desarrollo de la misma. En este sentido se analizó el acta de la reunión en que se recogieron aportaciones sobre la evaluación del programa,

y más concretamente sobre instrumento de habilidades parentales empleado hasta al inicio de esta investigación. Se decidió analizar este acta, puesto que en la reunión los profesionales compartieron aspectos relacionados con las fortalezas y las debilidades del sistema de evaluación del programa para poder mejorarlo.

Queremos destacar que a partir de la información extraída de este acta, junto con algunas de las entrevistas a profesionales, y las observaciones no participantes, se inició el procedimiento descrito sintéticamente en el apartado 6.3, y de forma completa en el apartado de anexos, sobre la reducción, adaptación y validación del instrumento de evaluación de las habilidades parentales.

Finalmente, en el caso de los grupos que no fue posible, o que familias y/o profesionales no estaban dispuestos a que una persona externa realizara el grupo de discusión a padres y madres al finalizar el programa, los profesionales realizaron un registro de los efectos del programa que las familias les relataron. Para ello siguieron el guion de discusión como referencia. Esta información ha sido analizada como fuente documental debido a que no fue directamente recogida por la investigadora, ni hubo un proceso de transcripción.

6.5.2. Participantes

La información del subestudio cualitativo proviene de 34 padres y madres y 49 profesionales. Asimismo, se emplearon documentos secundarios registrados por 12 profesionales (Tabla 27).

TABLA 27: NÚMERO DE REGISTROS DE INFORMACIÓN Y DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO CUALITATIVO

	Número de registros e identificador	Número de participantes
Entrevistas a profesionales	1 Sant Gervasi	2
	1 Zona Nord	3
	1 Trinitat Nova	3
	1 Canyelles	3
	2 Casc Antic (2013;2014)	2
	3 Eixample esquerre antic (2013;2014;2015)	10
	2 Barceloneta (2013;2014)	4
	1 Eixample esquerre nou 2013	3
	1 Gotic	2
	1 Cambrils 2014	1
	1 Poble Sec 2014	1
	2 Sant Andreu (2014; 2015)	5
	17 entrevistas	39 profesionales
Grupos de discusión de padres o madres	1 Eixample esquerre antic 2013	6
	1 Eixample equerre nou 2013	8
	1 Poble Sec 2014	7
	1 Sant Andreu 2014	5
	1 Eixample esquerre antic 2015	8
	5 grupos focales	34 padres o madres

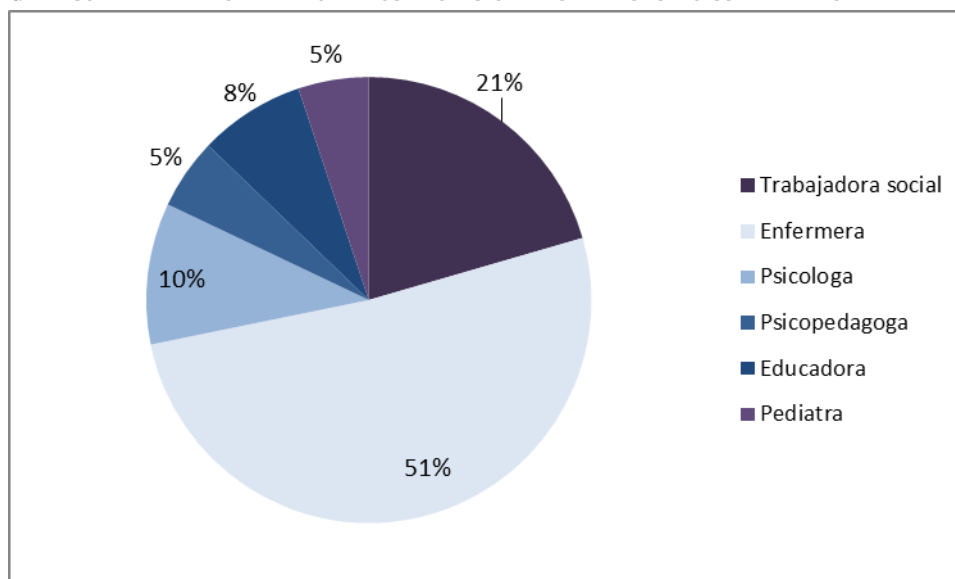
TABLA 27: NÚMERO DE REGISTROS DE INFORMACIÓN Y DE PARTICIPANTES DEL ESTUDIO CUALITATIVO (CONTINUACIÓN)

	Número de registros e identificador
Registro observación no participante	1 Eixample esquerre antic 2013
	1 Observador instrumento 2012-2013
Registro efectos programa sobre las familias	1 Sant Gervasi 2013
	1 Zona Nord
	2 Casc Antic (2013;2014)
	1 Trinitat Nova
	1 Barceloneta 2014
	1 Raval 2014
	1 Cambrils 2014
	1 Canyelles
	Acta "Xarxa d'habilitats parentals de Barcelona"
	12 documentos secundarios

Se realizaron cinco grupos de discusión de padres y madres, lo que representa un 20,8% del total de los grupos de implementación. Debemos destacar que en otros nueve grupos, es decir el 37,5%, se optó porque el profesional registrase los efectos del PHP que relataban las familias. Por lo que finalmente disponemos de información sobre los efectos en padres y madres del 58,3% de los grupos, 20,8% de una fuente primaria y 37,5% de una fuente secundaria.

En el caso de los profesionales, de los 24 grupos se realizaron entrevistas en 17 (70,8%) y participaron 39 profesionales. El 97% eran mujeres, con experiencia en familias y dinámica de grupos, y el 95% había realizado el curso de formación respecto al programa. La formación de los dinamizadores fue diversa, destacando el perfil de enfermera comunitaria (51%) (Gráfico 2)

GRÁFICO 2: PERFIL FORMATIVO DE LOS PROFESIONALES DEL ESTUDIO CUALITATIVO



6.5.3. Análisis cualitativo

El objetivo del análisis cualitativo es fue sentido a la información recogida en formato de texto a partir de las entrevistas, grupos de discusión, actas y documentos de información surgidos de la observación de los profesionales. Para ello se siguió una secuencia de reducción de la información, exposición y extracción de conclusiones.

En primer lugar, se realizó la reducción de los datos, que en el caso cualitativo implica seleccionar y extraer fragmentos de los textos analizados conformando unidades de significado que denominamos categorías. La conformación de estas categorías, como exponen Massot et al. (2004) puede surgir de forma inductiva (del propio texto), deductiva (de la teoría) o combinando ambas (primero inductiva y luego deductiva). En esta investigación se siguió una lógica deductiva para conformar las categorías de análisis. Previamente al análisis de la información, se realizó en diseño de un sistema de categorías (Tabla 28), para poder facilitar el análisis de la información. Este sistema surgió tanto de la teoría analizada de otras investigaciones similares, como de las dimensiones de los instrumentos cuantitativos. Se consideró realizarlo de este modo, ya que el objetivo fue triangular los datos cuantitativos y cualitativos, y por tanto los sistemas de categorías debían ser similares para poderse poner en diálogo. Para facilitar esta reducción de la información en categorías, se recurrió a la codificación de la información, estableciendo un código para cada unidad textual, de acuerdo a la categoría y a la dimensión a la que pertenecían. Así por ejemplo, encontramos las categorías *habilidades parentales* y *estrés parental*, ambas dentro de la dimensión *cambios inmediatos* han sido codificadas *Camb_H* y *Camb_E*.

TABLA 28: SISTEMA CATEGORIAL EMPLEADO PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN CUALITATIVA

Dimensión	Categoría	Definición
Valoración general del programa	Efectos generales	Principales efectos del programa
	Aspectos positivos o facilitadores	Descripción de elementos del propio programa y la aplicación (moderador, horarios, metodología sesiones, lugar, etc.) del mismo, de las propias familias (sexo, edad, nivel de estudios, etc.) y/o del entorno que han favorecido la participación y el aprendizaje
	Aspectos negativos o barreras	Descripción de elementos del propio programa y la aplicación (moderador, horarios, metodología sesiones, lugar, etc.) del mismo, de las propias familias (sexo, edad, nivel de estudios, etc.) y/o del entorno que han dificultado la participación y el aprendizaje
Cambios inmediatos	Habilidades parentales	Descripción de los cambios en las diferentes dimensiones de las habilidades parentales (disciplina no punitiva, asertividad, comparación con situación pre-intervención, etc.)
	Comportamientos hijos/as	Descripción sobre los comportamientos de hijos e hijas comparando cambios tras la intervención.
	Estrés parental	Descripción de los cambios en el estrés parental (estrategias para controlarlo, comparación con el pre-intervención, etc.)
	Apoyo social	Descripción de los cambios de percepción del apoyo social (origen, tipo, comparación con el pre-intervención, etc.)
Relación variables y modificación efecto	Relación entre variables resultado	Descripción de la interacción que se ha dado entre los cambios en el estrés parental, el apoyo social, las habilidades parentales y los comportamientos de niños/as
	Influencias propias que determinan el cambio	Descripción modo en que los factores propios (nivel de estudios, trabajo, tipo de familia, sexo, origen y edad) han influenciado en los cambios generados por el programa.
	Influencias del contexto que determinan el cambio	Factores del contexto (servicios, urbanismo, tipo de población, etc.) que han influenciado en los cambios generados por el programa.

En segundo lugar, se expuso la información organizada a partir de los diferentes códigos. Ésta consistió en la exposición de las cuotas seleccionadas para un mismo código, buscando la aparición de subcategorías, y el establecimiento de un mapa conceptual de relaciones entre códigos, entre otros aspectos. De acuerdo con esto, en el apartado de resultados se puede consultar el sistema categorial donde se incluyen las subcategorías emergentes, que permiten organizar los resultados. A modo de ejemplo, para el código Camb_E se identificaron nuevas subcategorías como - *comprensión de las situaciones o motivos que generan estrés*-. Para poder facilitar su puesta en diálogo con otras categorías que el mapa conceptual mostró como afines, se trató de identificar dichas subcategorías u otras que pudieran surgir, para seleccionar de forma exhaustiva las citas con contenidos más recurrentes. Finalmente, a la hora de exponer la información se tuvo en cuenta si las cuotas provenían simultáneamente de aportaciones profesionales y de padres y madres, o únicamente de uno de estos dos grupos de sujetos.

Debemos destacar que todo el análisis descrito hasta el momento se realizó empleando el software Atlas-ti 6.2. Este programa dispone no sólo de potencialidades en la codificación de información, sino en el establecimiento de diferentes estrategias de información para presentar unidades organizativas de información y las relaciones entre ellas. Ésta herramienta permitió disponer de la información organizada rigurosamente para facilitar su posterior interpretación.

En tercer lugar, el proceso de extracción y verificación de conclusiones se realizó de forma aislada y compartida a la vez. Inicialmente se extrajeron conclusiones a partir de la interpretación de las relaciones entre las diferentes cuotas cualitativas, y posteriormente se buscó la confirmación de estas conclusiones, poniéndolas en diálogo con las conclusiones surgidas del análisis cuantitativo. Siguiendo con el ejemplo planteado hasta el momento, teniendo en cuenta las cuotas extraídas para el código Camb_E se obtuvieron unas conclusiones primarias. A continuación se pusieron en diálogo con las conclusiones cuantitativas respecto a la relación entre los cambios en estrés parental, y de este modo se construyó el subapartado de interpretación del estrés parental.

6.6. Fase 6: Interpretación de resultados y elaboración de propuestas respecto al PHP

Esta fase se centra en la presentación de los resultados de ambos subestudios, ordenados de acuerdo a los tres objetivos específicos, la triangulación en los casos que ha sido posible, y la discusión de los hallazgos con las aportaciones de otros autores. Pero esta fase no focaliza únicamente en la descripción e interpretación, sino que a partir de ésta se recogen las implicaciones y recomendaciones prácticas como base de elaboración de propuestas de transformación de la intervención, para su mejora y consolidación como una intervención basada en la evidencia. Estos aspectos se recogen en el bloque final de la tesis.

Si bien es una fase que se sitúa al final del proceso de investigación, pues surge tras el análisis de la información recogida, y la mayor parte de las propuestas por tanto se dan al final, es importante resaltar que durante todo el proceso se han ido creando propuestas de mejora. Así por ejemplo, el punto de partida de esta investigación ya fue una propuesta de mejora evaluativa. Hasta el inicio de esta investigación el PHP no era evaluado como aquí se ha descrito, sin embargo con el inicio de esta investigación se incorporaron nuevos instrumentos, estrategias y adaptaciones de los mismos. Mejoras como la aquí ejemplificada son las que se detallan en esta fase final de la investigación.

Capítulo 7: Criterios científicos y éticos

*La ciencia se compone de errores,
que a su vez son los pasos hacia la verdad*
Julio Verne

Cualquier investigación debe desarrollarse teniendo en cuenta una serie de parámetros que aseguren, tanto que los resultados de la investigación no son fruto de sesgos y han sorteado errores, como que la información ha sido recogida, tratada y difundida de forma ética. El objetivo por tanto es asegurar la calidad científica, así como la integridad de la investigación.

De acuerdo con esto, esta investigación ha empleado como guía los manuales de buenas prácticas de las dos instituciones implicadas: *“Codi de bones pràctiques científiques de l’ASPB”* (ASPB, 2010) y el *Código de Buenas Prácticas en Investigación* (UB, 2010).

7.1. Criterios científicos

Para asegurar el desarrollo de la investigación, de acuerdo a unos criterios científicos con solidez entre la comunidad científica de los ámbitos socioeducativos y de la salud, se ha empleado como guía los manuales comentados anteriormente. Además, debido a la complejidad multimétodo de este estudio, en la Tabla 29 se presentan los criterios de Lincoln y Guba (1985) y Miles y Huberman (1984), expuestos por Sandín (2000), que permiten clarificar el proceso seguido para procurar la calidad científica de las inferencias surgidas de los métodos cuantitativos y cualitativos.

TABLA 29: TÉRMINOS PARA DEFINIR EL RIGOR CIENTÍFICO (ADAPTACIÓN PROPIA DE SANDÍN (2000))

Aspecto	Término positivista	Término naturalístico
Valor de verdad	Validez interna	Credibilidad o autenticidad
Aplicabilidad	Validez Externa (generalización)	Transferibilidad o idoneidad
Consistencia	Fiabilidad o consistencia	Dependencia o auditabilidad
Neutralidad	Objetividad	Confirmación

7.1.1. Validez interna y credibilidad

La validez interna y la credibilidad son dos conceptos que permiten aproximarnos a demostrar que los resultados expuestos son un reflejo adecuado de la realidad. La validez interna es definida por Shadish et al. (2002) como la seguridad de que las inferencias surgen de una relación de causalidad entre dos variables, y que puede ser demostrada adecuadamente. Es decir, que los efectos producidos por el experimento o cuasi-experimento son atribuibles a éste, y no causados por otras variables ajenas al proceso de investigación (Lincoln y Guba, 1985). El concepto de credibilidad recoge esta misma idea, planteando que se deben estudiar los casos en sus contextos reales, y poder volver periódicamente a la práctica para contrastar los datos con los participantes (Mundet, 2014).

Para poder asegurar estos dos criterios, se han empleado diferentes estrategias. En primer lugar se ha hecho uso de la triangulación de datos. Ésta ha consistido en obtener datos de diferentes fuentes (profesionales y familias), mediante diferentes instrumentos (grupos de discusión, entrevistas, cuestionarios y análisis de documentos) y contrastando con diferentes fuentes teóricas. Debemos tener en cuenta que el hecho de que no sea un experimento o cuasi-experimento con grupo control, representa una limitación para atribuir desde la perspectiva cuantitativa los resultados íntegramente a la intervención. Sin embargo, la triangulación ha sido un elemento clave para analizar las posibles variables confusoras, puesto que la recogida de información cualitativa ha otorgado validez a los hallazgos.

En segundo lugar, se ha empleado el juicio crítico de investigadores especialistas. En este caso ha sido clave el papel de las directoras, así como de las conversaciones con otros miembros del grupo de investigación GRISIJ, del equipo de trabajo del Servicio de Salud Comunitaria de la ASPB y de los profesionales contactados durante las estancias en la *Universidade do Minho*, *Oxford University* y *Warwick University*.

En tercer lugar, para asegurar la validez interna de los instrumentos de recogida de información se han seguido los criterios anteriores, así como otros aspectos que queremos destacar. En el caso de los instrumentos cuantitativos ha sido clave el uso de herramientas estadísticas como el análisis factorial, así como la puesta en diálogo del instrumento con las percepciones de familias y profesionales para su pilotaje. En el caso de las estrategias cualitativas, ha sido especialmente importante la experiencia contrastada en el diseño de guiones de entrevistas y grupo de discusión del grupo GRISIJ, que han sido empleados como guías, así como la revisión de los guiones por expertos y su pilotaje con los participantes.

Finalmente queremos concluir retomando las propuestas de Nebot et al. (2011) que han sido empleadas como guía en este estudio. Los autores presentan los posibles sesgos en cuanto a validez interna que pueden sufrir los estudios – historia, selección, maduración, efectos del test, instrumentación, regresión a la media y pérdidas- y que deben evitarse. Sin embargo, en los estudios no experimentales o cuasi-experimentales descartar estos sesgos no es siempre posible y se apuesta por la adecuación y la plausibilidad como medidas de éxito. Estas consisten en:

- Demostrar que se han producido los cambios previstos o deseables en la población diana o los destinatarios,
- Identificar una magnitud de este cambio tan grande que haga improbables las explicaciones alternativas
- Mostrar que la cadena causal entre la intervención y sus efectos es simple (no hay muchas explicaciones alternativas posibles) y corta (los efectos son visibles en poco tiempo).

7.1.2. Validez externa y transferencia

La validez externa se refiere a la capacidad de que las conclusiones obtenidas de un estudio sean generalizables a otras situaciones similares (Eccles et al, 2003). La transferibilidad, desde la perspectiva cualitativa, recoge esta misma idea refiriéndose a la capacidad de que los resultados sean transferidos a situaciones similares en parámetros, poblaciones y características (Lincoln y Guba, 1985).

Un elemento clave para asegurar la validez externa o transferibilidad es la muestra en la que se basan los hallazgos. Como fortaleza, debemos destacar que este estudio ha sido basado en la totalidad de población de participantes del programa a evaluar, lo que nos permite considerar que se han tenido en cuenta todos los perfiles posibles de acuerdo a los datos existentes. Sin embargo, debemos tener en cuenta que la falta de un grupo control comparativo hace que la generalización de

los efectos del programa no pueda ser aplicado a otros programas similares, aunque si transferido a mejoras en relación al propio programa.

7.1.3. Fiabilidad y dependencia

Los dos conceptos, se refieren a la posibilidad de obtener resultados iguales en el caso que se replicase la investigación con los mismos sujetos o similares y en los mismos contextos o similares (Fuentes-Peláez, 2007). Es decir, la confirmación de que los resultados obtenidos son los mismos si se recogen con instrumentos similares aunque diferentes, en momentos diferentes con el mismo instrumento, por profesionales diferentes o mediante ítems similares en un mismo cuestionario.

De acuerdo con esto, en primer lugar, se han descrito exhaustivamente las fases de la investigación para asegurar la posibilidad de réplica de la misma. Asimismo, se ha realizado el análisis estadísticos de los instrumentos cuantitativos para asegurar, a partir del α , que los resultados obtenidos son consistentes. En el caso de los datos cualitativos, como indica Bartolomé (1997), la certificación de la dependencia no es tan sencilla, pues las sensaciones y percepciones se encuentran en cambio constante y asegurar su medida repetida idéntica resulta dificultoso. Sin embargo, tanto para los datos cuantitativos, como los cualitativos, ha sido clave la recogida desde diferentes fuentes para asegurar la fiabilidad de las conclusiones, así como el empleo de ítems o preguntas que pretenden recoger datos semejantes.

7.1.4. Objetividad y confirmabilidad

Estos dos conceptos se refieren a la capacidad de la investigación de mostrar resultados ciertos y no sesgados por la propia investigadora (Fuentes-Peláez, 2007). Para ello ha sido clave, por un lado el anonimato en los datos cuantitativos que situaba a los diferentes participantes como desconocidos para la investigadora (ASPB, 2010). Asimismo ha sido clave la transcripción de la información cualitativa, ya que ha permitido reducir las interpretaciones sesgadas transformadas en síntesis de las aportaciones. Finalmente, dos elementos importantes, presentes a lo largo de toda la investigación, han sido la responsabilidad y el conflicto de intereses (UB, 2010). En este sentido, los informes, avances y publicaciones de la investigación han sido elaborados siempre de acuerdo a los objetivos y finalidades planteados desde el origen, por la propia investigadora y las instituciones implicadas. Se ha huido de posibles intereses ajenos al estudio que pudieran comprometer la validez y fiabilidad de los datos. Para ello ha sido importante no sólo el conocimiento de la propia investigadora de estos aspectos, sino el seguimiento de las dos directoras de instituciones diferentes.

7.2. Criterios éticos

Los códigos éticos son las normativas que permiten recoger las conductas, obligaciones, funciones y prácticas a seguir a la hora de desarrollar una investigación para asegurar que esta se dé de forma ética (Sabariego, 2004). Entre los aspectos recogidos en los códigos éticos podemos referirnos a aquellos aspectos en relación a los participantes, y aquellos en relación al desarrollo de la investigación.

En esta investigación se han seguido las recomendaciones de Sandín (2003) en relación a los participantes. Se debe asegurar:

- La existencia del consentimiento informado. Este estudio cuenta con el consentimiento informado realizado siguiendo los modelos previos de otras investigaciones de la ASPB, y que ha sido cumplimentado por los participantes antes de la primera recogida de datos. Este documento forma parte del Cuestionario Inicial y puede ser consultado en anexos (Anexo 3). En caso de negación del consentimiento, los datos no han sido recogidos ni tratados.
- La privacidad y confidencialidad de los datos. En el caso de los datos cuantitativos se ha asignado un código de territorio y participante a cada persona para el cuestionario pre- post y post-6meses. A partir de esta asignación de códigos, la información ha sido registrada en la base de datos, y analizada con el programa informático sin que la investigadora conociese los datos personales de los participantes. En el caso de los datos cualitativos la información ha sido recogida por escrito o grabada en audio, codificándose tan sólo el territorio y el número de participantes.
- La presentación de la investigadora durante el trabajo de campo. Los participantes, tanto profesionales como familias, han sido conocedores en todo momento del rol de la investigadora.

Finalmente, en relación a las normas éticas seguidas durante el desarrollo de la investigación queremos referirnos a las aportaciones hechas por la ASPB (2010), Sabariego (2004) y UB (2010) y adaptadas para esta investigación:

- Se ha realizado un convenio de colaboración entre la ASPB y la UB para el estudio desarrollado por la investigadora, que puede ser consultado en anexos (Anexo 8). Éste ha permitido consolidar, no sólo el trabajo de campo regular, sino el trabajo conjunto de las tres partes para velar por la confidencialidad y la difusión moral de los resultados.
- Se ha velado porque todos los datos primarios y originales, recogidos y tratados en esta investigación, queden registrados durante un periodo

mínimo de 10 años desde su publicación y custodiados por la ASPB.

Asimismo, de acuerdo al convenio referido anteriormente, la investigadora ha podido hacer uso de ellos para el desarrollo de la investigación que aquí se describe.

- La difusión y comunicación de resultados, se ha realizado tan pronto como ha sido posible, pues supone una máxima a nivel ético y de coste-beneficio hacer públicos los hallazgos. Asimismo esta difusión se ha hecho sin la realización de plagios, y certificando el reconocimiento de las instituciones y profesionales implicados. Finalmente, la difusión de los resultados ha sido realizada, y así continuará siendo, de acuerdo a los criterios científicos descritos en el apartado anterior.

BLOQUE IV- RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En este bloque contiene los resultados del análisis de los datos. En cada uno de los capítulos se exponen los resultados que dan respuesta a los objetivos de la investigación.

En el capítulo 8 se da respuesta al primer y al segundo objetivo de la investigación: (1) identificar los cambios inmediatos tras la participación en el PHP en el desarrollo de las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social (2) identificar los cambios en el desarrollo habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social pasados seis meses de la participación en el PHP. Para ello se muestran los resultados para cada variable dependiente, y en el caso de las habilidades parentales se incluye también el análisis por dimensiones, tanto para la situación antes, como inmediatamente después y seis meses después de la intervención. Para todas ellas se destacan aquellas diferencias significativas. Asimismo se recogen los resultados de análisis de contenido de los discursos en que padres, madres y profesionales relatan los efectos más destacables del programa. Finalmente se expone la triangulación de los datos cualitativos y cuantitativos, y se pone en diálogo con las aportaciones de otros autores.

En el capítulo 9 se presentan los resultados referentes al tercer objetivo, que consiste en analizar los determinantes sociales asociados con el éxito del PHP. Se expone inicialmente el análisis bivariado y multivariado para las cuatro variables resultado y seis covariables, y posteriormente se contrastan los hallazgos con la teoría existente.

Finalmente, en el capítulo 10 se muestran la discusión, las conclusiones, las limitaciones y fortalezas, y las perspectivas de futuro del conjunto de la investigación.

Capítulo 8- Efectividad del PHP

*Son nuestras decisiones las que muestran lo que podemos llegar a ser.
Mucho más que nuestras propias habilidades. (...)
Es importante recordar que todos tenemos dentro de nosotros la magia.*
J.K. Rowling

En este capítulo se presentan los resultados correspondientes al primer y al segundo objetivo de la investigación: (1) identificar los cambios inmediatos tras la participación en el PHP en el desarrollo de las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social (2) identificar los cambios en el desarrollo de las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social pasados seis meses de la participación en el PHP. Se recogen por separado los resultados surgidos del análisis cuantitativo y cualitativo. Asimismo se expone la triangulación y discusión de los resultados.

8.1. Resultados subestudio cuantitativo

En la Tabla 30 se presenta la evolución de las puntuaciones medias y medianas para los 216 participantes que finalizaron la intervención. Todos los indicadores mejoraron significativamente inmediatamente después de la participación en el PHP. El 76% de los participantes mejoró las habilidades parentales, el 56% redujó los comportamientos infantiles negativos, el 66% disminuyó el estrés parental y el 61% aumentó el apoyo social.

TABLA 30: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN. ANÁLISIS BIVARIADO.

Variables dependientes	N	Pre-test		Post-test inmediato		Participantes que mejoran %
		M (DT)	Md	M (DT)	Md	
Total Habilidades parentales (57 puntos)	216	30,7 (13,8)	35	42,5 (7,7)	40,2*	76
DI- Comprensión del menor (3 puntos)	216	1,5 (0,9)	2	2,2 (0,6)	2*	38
DII- Autorregulación emocional (6 puntos)	216	2,8 (1,6)	3	3,8 (1,3)	4*	47
DIII- Autoestima en el desarrollo de la función parental (15 puntos)	216	8,7 (4,1)	10	11,8 (2,3)	12*	64
DIV- Comunicación empática y asertiva (12 puntos)	216	7,7 (3,6)	9	10,1 (1,8)	11*	61
DV- Acuerdos (15 puntos)	216	7,5 (3,7)	8	10,7 (2,4)	10*	66
DVI- Regulación del comportamiento (6 puntos)	216	1,5 (0,9)	3	2,1 (0,6)	4*	56
Comportamiento infantiles negativos (10 puntos)	202	3,5 (2,6)	3	1,8 (1,6)	2*	56
Estrés parental (60 puntos)	216	32,4 (13,1)	29	23 (6,8)	23*	66
Apoyo social (40 puntos)	216	30 (10,5)	30	33,5 (6,4)	36*	61

N: número de participantes/ M: Media / Md: Mediana/ *Test de Friedman $p < 0,001$ / % participantes que mejora del pre-test al post-test [(N que mejora/N total) x 100]

En la Tabla 31 se observa dicha evolución para los 130 participantes que finalizaron la intervención, y aportaron información seis meses después de su finalización. Todas las variables mejoraron tanto inmediatamente después de

finalizar la participación en el PHP, como al cabo de seis meses. El 71,5% de los participantes mejoraron las habilidades parentales pasados seis meses, el 57,6% redujo la percepción de comportamientos infantiles negativos, el 58,1% disminuyó el estrés parental y 60,9% incrementó el apoyo social.

Se identifica que de forma general la mejoría se redujo ligeramente en comparación con los resultados observados en el post-test inmediato. Este ligero descenso resulta menos claro en algunas de las dimensiones de habilidades (autoregulación emocional, autoestima en el desarrollo de la función parental y acuerdos), ya que la mediana post-inmediata y post-seis meses se mantiene estable, y con importante mejoría respecto a la situación pre-intervención.

Resulta conveniente destacar que la primera dimensión habilidades parentales muestra resultados más estables y con menos cambios con el paso del tiempo, sobre todo si empleamos la mediana como referencia. Asimismo es la dimensión que menos participantes mejoran.

TABLA 31: ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLES DEPENDIENTES ANTES, INMEDIATAMENTE DESPUÉS Y SEIS MESES DESPUÉS DE LA ITNERVENCIÓN. ANÁLISIS BIVARIADO.

Variable dependiente	N	Pre-test		Post-test		6 meses		Participantes que mejoran del pre a los 6 meses
		M (DT)	Md	M (DT)	Md	M (DT)	Md	
Total Habilidades parentales (57 puntos)	130	31,8 (14,2)	37	43,6 (7,5)	43	40,7 (5,8)	40**	71,5
DI- Comprensión del menor (3 puntos)	130	1,6 (0,8)	2	2,18 (0,6)	2	2,1 (0,4)	2**	36,2
DII- Autorregulación emocional (6 puntos)	130	3 (1,6)	3	4 (1,2)	4	3,6 (1,1)	4*	43,8
DIII- Autoestima en el desarrollo de la función parental (15 puntos)	130	8,9 (4,2)	10	12,3 (2,1)	12	11,7 (1,9)	12**	67,8
DIV- Comunicación empática y asertiva (12 puntos)	130	8 (3,7)	9	10,5 (1,7)	11	10,0 (1,5)	10,5**	59,2
DV- Acuerdos (15 puntos)	130	7,77 (3,77)	9	10,9 (2,6)	10	9,9 (1,9)	10**	56,2
DVI- Regulación del comportamiento (6 puntos)	130	2,52 (1,66)	3	3,8 (1,5)	4	3,4 (1,2)	3**	53,1
Comportamientos infantiles negativos (10 puntos)	118	3,16 (2,55)	3	1,6 (1,6)	1,5	1,6 (1,4)	2**	57,6
Estrés parental (60 puntos)	129	32,1 (13,8)	27	22,6 (6,9)	23	24,5 (6,8)	24**	58,1
Apoyo social (40 puntos)	128	27,7 (10,7)	30	34,4 (5,8)	37	33,17 (6,6)	36**	60,9

N: número de participantes/ M: Media / DT: Desviación típica/ Md: Mediana/ Test de Friedman * p<0,01 **p<0,001/ % participantes que mejora del pre-test a los 6 meses [(N que mejora/N total) x 100]

8.2. Resultados subestudio cualitativo

A continuación se presentan los hallazgos resultantes del análisis cualitativo para cada una de las cuatro variables dependientes.

8.2.1. Habilidades parentales

Tanto los padres, las madres, como los profesionales, relataron diversas mejoras percibidas en las habilidades parentales de los participantes tras la finalización del PHP.

Como primer resultado del análisis cualitativo surgieron nueve nuevas subcategorías, que permitieron describir los datos cualitativos sobre habilidades parentales, y que quedan recogidas en la Tabla 32.

TABLA 32: SUBCATEGORÍAS EMERGENTES PARA LAS HABILIDADES PARENTALES

Dimensión	Categoría	Subcategorías emergentes
Cambios inmediatos	Habilidades parentales	Resolución dudas y miedos
		Tiempo para el cambio
		Autoconfianza en el rol parental
		Comprensión del niño/a
		Autoestima propia y del niño/a
		Espacios propios de relax
		Habilidades comunicativas y de escucha
		Acuerdos, normas y resolver conflictos
		Técnicas concretas

Resolución de dudas y miedos

Profesionales, padres y madres relataron que el PHP sirvió a las familias para pararse a pensar sobre la crianza de sus hijos/as. Muchos de ellos tenían dudas, miedos y se veían absorbidos por la rápida y/o la difícil rutina que generan otros aspectos de la vida cotidiana, y no disponían de tiempo para pensar sobre su rol como padres o madres. Participar de este programa les permitió tener este espacio y resolver muchas de esas dudas, así como desarrollar diversos tipos de capacidades parentales.

*<< M'ha ajudat a compartir experiències amb altres pares i mares, el que fa que es normalitzin situacions que es viuen en la relació dia a dia amb els fills i es visquin una mica millor alguns moments de la maternitat que són especialment estressants (rabiets dels fills, normes a casa, les emocions...)>>
(Padre/madre, Poble Sec)*

<<Quan eduques a un nen a vegades et passen coses que no saps perquè t'han passat, i amb això tot agafa una coherència>> (Padre/madre, Eixample Esquerre Antic)

<<El dia a dia se'ls menja tant, que no pensen com fan les coses. Això els ha permès aturar-se, pensar com fan les coses, com no les fan i com les haurien de fer. Els hi ha donat l'espai. I anar reflexionant sobre el que comentàvem>> (Profesional, Eixample Esquerre Nou)

<< Tener un espacio para ellos mismos, para estar sin los niños/as, para mejorar su autoestima. Y tener un punto para reflexionar sobre la crianza. Y darse cuenta que hay más gente que está en su misma situación, y poder compartir con otras familias>> (Profesional, Zona Nord)

Tiempo para el cambio

Algunas familias, pero sobre todo los profesionales, consideraron que los padres y las madres necesitaban más tiempo para poder realizar cambios tan complicados como los que se planteaban. La impaciencia por observar el cambio, o la frustración que generaba no tener éxito en el primer intento en algunas familias representó una dificultad. También se refirieron a la falta de tiempo en el día a día para poner en práctica lo aprendido.

<<No es prou temps per notar aquest canvi>> (Padre/madre, Poble Sec)

<<Per posar en pràctica les coses apreses, no sempre trobo el temps>> (Padre/madre, Poble Sec)

<< Se inicia un cambio o cuestionamiento de actitudes pero el resto de cambios son más lentos. Es como una carrera de fondo>> (Profesional, Poble Sec)

<<Yo creo que cosas de pensar muchas, pero cosas de hacer no han cambiado tantas. Es cuestión de tiempo>> (Profesional, Sant-Gervasi)

<<La tolerància a la frustració la porten molt malament, si no ho tinc ara en aquest moment passo. El que les coses no surtin com volen a la primera no vol dir que no pugui sortir bé més endavant. Això els hi costa>> (Profesional, Barceloneta)

Autoconfianza en el rol parental

Los padres y las madres señalaron que se sentían más capaces y más confiados de desarrollar la crianza de sus hijos/as. El poder pararse a pensar en su tarea

parental, reflexionar sobre las cosas que hacían bien y las que no, resolver dudas y comprender al niño o niña les hizo sentir que controlan la situación.

<<A vegades t'enfrentes amb el dubte de: Ho estic fent bé? I aquest conflicte teu, fa que a vegades ho vas deixant, ho vas deixant... i ara et dius: Si que ho estàs fent! Sentir-te en confiança amb tu mateixa>> (Padre/madre, Eixample Esquerre Antic)

<<Los padres y madres tenemos que confiar en nosotros mismos para poder educar a nuestros hijos/as>> (Padre/madre, Trinitat Nova)

<<Ha sigut un moment per parar-te a pensar sobre la teva tasca com a pares. Tenir temps de parar-se. Sobretot coses que sàbies, fins i tot havies llegit, però parar-se i pensar sobre elles>> (Padre/madre, Eixample Esquerre Nou)

<<Saber entenderlo, a decirle las cosas de otra manera, a sentirme más segura cuando le digo las cosas y a la hora de hablarle. La seguridad que le estás transmitiendo es importante>> (Padre/madre, Sant Andreu)

Los profesionales coincidieron con las familias, ya que consideraron que los padres y madres se sentían más seguros en la crianza. Atribuyeron este avance, en gran medida, a que los progenitores sintieran que conocían más a sus hijos/as. Sabían qué podían esperar de ellos, teniendo en cuenta el momento evolutivo en el que se encontraban.

<<Se senten més segures en l'educació dels seu nens. També es veritat que han verbalitzat que saben que han d'esperar del seus fills depèn de l'etapa en la que es troben>> (Profesional, Eixample Esquerre Antic)

Comprensión del niño/a

Las familias consideraron que la comprensión del niño o niña se manifestó en el modo en que lo miraban, lo trataban, en lo que esperaban de él ,y en su relación con él. Teniendo en cuenta que es una persona más pequeña, pero en definitiva una persona con unas necesidades concretas y una forma de actuar acorde a su edad y entorno, que está en desarrollo y requiere cierta autonomía. Algunos padres y madres fueron capaces de reflexionar sobre las situaciones que viven los niños y niñas a lo largo del día, y que pueden ayudar a entender sus actos. Incluso algunos fueron capaces de reducir la culpabilización y penalización de comportamientos, que los progenitores vivían como una agresión directa.

<< Entiendo más a mi hijo/a>> (Padre/madre, Canyelles)

<<Cada niño/a aprende diferente según su edad>> (Padre/madre, Trinitat Nova)

<<Saber que pueden hacer o no según la edad pues a veces les exigimos más de lo que pueden o muchas veces se lo hacemos todo para ir más rápidas (Familia, Barceloneta)>>

<<Mi hijo/a es una persona que mira por su interés aunque no tenga claro cuál es. Mi hijo/a o no hace las cosas contra mí, las hace y basta>> (Padre/madre, Sant-Gervasi)>>

<<No he de sobreproteger>> (Padre/madre, Eixample Esquerre Nou)>>

<< A comprendre millor les reaccions de la meva filla, a veure-la no com algú amb qui m'he d'enfrontar cada dia per imposar-li la meva voluntat, sinó com una persona individual a qui ajudar a créixer>> (Padre/madre, Poble Sec)>>

Los profesionales reforzaron esta perspectiva de las familias planteando que se daba un cambio de mirada en los padres/madres. El niño/a dejó de ser visto como un objeto pasivo, para pasar a ser visto como un sujeto activo, una persona con derechos y con vivencias del día a día, que le generan cambios de comportamientos y actitudes que deben ser comprendidos en su contexto, y no como hechos que suceden porque sí.

<<Ponerse en el lugar del niño/a, escuchar más sus necesidades en cada momento. Tomar conciencia de que tienen un carácter concreto. No son un objeto de recibir órdenes sino un ser individual a quien acompañar y ayudar a crecer>> (Profesional, Poble Sec)>>

<< Recuerdo una madre que comprendió que el hijo/a no se peleaba porque sí, sino que había cosas que ella no se había dado cuenta que le podían ocurrir al crio y que podían tener que ver con su reacción. Cosas en el cole, el equipo, etc. Ella dijo "pues quizás le paso algo y no es odio hacia mí">> (Profesional, Sant-Gervasi)>>

Autoestima propia y del niño/a

Tanto los progenitores como los profesionales describieron una mejora de la autoestima parental y la del menor. Los progenitores no sólo aprendieron que la autoestima familiar era importante para el desarrollo de todos los miembros, sino que fueron capaces de mejorar la suya propia y la de sus hijos/as. Ver las propias características buenas, y aceptar los errores, fue visto como importante para el buen desarrollo biopsicosocial. Es importante destacar que algunas familias destacaron que fueron mejorando poco a poco, porque ver las propias cosas positivas les costaba y estaban en proceso de aprendizaje.

<<A quererme un poco más>> (Padre/madre, Canyelles)

*<<Me resulta difícil ver cosas positivas en mí, pero cada vez menos>>
(Padre/madre, Canyelles)*

<<Pujar l'autoestima de les dues.>> (Padre/madre, Zona Nord)

<<Que los niños/as aprendan a aceptar que se han equivocado y que tienen que ver su virtudes >> (Padre/madre, Trinitat Nova)

<< Aumenta su autoestima, al ser mujeres que llevan toda la vida trabajando en casa>> (Profesional, Casc Antic)

<< L'autoestima, perquè si a un nen només li dones ordres i li dius només el que fa malament doncs clar...tot això penso que ells no s'ho havien plantejat...i això ho han millorat molt>> (Profesional, Eixample Esquerre Nou)

Espacios propios de relax

Pese a que estaba ausente en los relatos de las familias, los profesionales identificaron que algunos progenitores se mostraban menos autoexigentes con ellos mismos, y se permitían aceptar que no son perfectos, y que pese a cometer algunos errores con sus hijos/as, podían mejorar. Remarcaron que habían asumido que equivocarse, tener espacios para uno mismo, para desconectar y relajarse, no significaba ser mal padre/madre, sino todo lo contrario.

<<Per una banda els hi ha donat seguretat, però per una altra banda que no siguin tant autoexigents amb elles mateixes... perquè ho volen fer tant bé, ho volen fer perfecte i els hi genera un estrès. Ha servit per permetre's alguns dies de: Dons mira avui no ho faré tant bé i no passa res, perquè estic molt cansada... perdonar-se i reduir l'angoixa>> (Profesional, Eixample Esquerre Nou)

Habilidades comunicativas y de escucha

Más allá de los cambios de tipo actitudinal mostrados hasta ahora, profesionales y familias consideraron que los progenitores también mejoraron habilidades concretas. Así por ejemplo, sus habilidades comunicativas y de escucha mejoraron y ahora son capaces de comunicarse mejor con sus hijos/as, y de verlos como alguien que merece ser escuchado. Mostraron también una mejoría a la hora de expresar a sus hijos/as lo que esperan de ellos/as, así como mostrar las emociones. Estos cambios no sólo se vieron reflejados en momentos puntuales, sino que forman parte de una mejora de la comunicación en los hábitos diarios.

<< He aprendido cuidar más a nuestros hijos/as, a saber hacerles llegar mejor nuestras intenciones>> (Padre/madre, Cambrils)

<<Hemos cambiado la manera de hablar, con más dulzura y menos gritos y peleas>> (Padre/madre, Casc Antic)

<<Expressar els meus sentiments i que la meva filla me'ls expressi a mi>> (Padre/madre, Zona Nord)

<<Escoltar l'opinió del meu fill>> (Padre/madre, Zona Nord).

<<El dedicar-li temps al teu fill, no parlar amb el nen si està llegint el diari, fent el sopar... estar per ell>> (Profesional, Eixample Esquerre Antic)

<<Hay que escuchar a nuestros hijos/as cuando nos cuentan algo que les ha pasado. Ellos así también aprenden a escuchar>> (Padre/madre, Trinitat Nova)

<< Una mare explica que ja ha instaurat amb el seu nen que cada cop que arriba al cole la mare li pregunta al nen i al nen a la mare com ha anat el dia. I això ajuda a veure com està el nen, i també a la mare a comunicar-se amb el nen sobre com està ella>> (Profesional, Barceloneta)

Acuerdos, normas y resolución de conflictos

Las familias mejoraron también su habilidad para resolver los conflictos con sus hijos/as, llegar a acuerdos y establecer límites. Todos los aspectos comentados hasta ahora revirtieron en la mejora de estas tres habilidades, puesto que comprender a los niños/as, comunicarse y escucharlos adecuadamente hizo que las habilidades para resolver conflictos, llegar a acuerdos y establecer límites mejoraran.

Tanto los profesionales como las familias señalaron que los progenitores ya no gritaban tanto, que el castigo no es su primera opción de regulación del comportamiento, como sí lo era antes. Ahora optan más por el diálogo, por intentar llegar a acuerdos con los hijos/as, buscar el momento más adecuado para dialogar con el niño/a, teniendo en cuenta como están ambos, y ser consecuentes con las normas que plantean. Plantearon incluso estrategias que no únicamente permiten resolver el conflicto, sino evitarlo. La anticipación juega un papel clave en esta prevención de situaciones que generan tensión en el binomio paterno-filial, y derivan en comportamientos negativos de ambos. Además, los castigos que ahora plantean intentan que sean acordes y a medida para el niño o niña que ha actuado

incorrectamente. En ocasiones el castigo era igual para todos los hermanos, o incluso para toda la familia, hecho que generaba malestar y conflictos en la unidad familiar.

*<<No cridar en els petits conflictes i posar-me a la pell del meu fill>>
(Padre/madre, Zona Nord)*

*<<A buscar el momento oportuno para hablar cuando hay un conflicto>>
(Padre/madre, Canyelles)*

<<A l'hora d'abordar conflictes, sóc més flexible>> (Padre/madre, Poble Sec)

<<Ser consecuente con lo que uno dice pero cumplir exactamente lo que uno a ha avisado>> (Padre/madre, Eixample Esquerre Antic)

*<< A mí me ha ayudado en las tareas de organización, por ejemplo por la mañana. Y también puedo hacer tratos, llegar a acuerdos con él>>
(Padre/madre, Eixample Esquerre Nou)*

<<Ha canviat molt la manera de parlar als fills. Abans cridava molt, i ara diu que els hi diu doncs ara nem a fer això, després allò... que ha canviat com parla amb ells...que abans era només donar ordres...>> (Profesional, Eixample Esquerre Nou)

<<Compartir les joguines. És un noi com molt rígid, i ara diu que amb el tema de les joguines ho planteja d'un altre manera. Ara nem a recollir aquest tros, després l'altre... I et diu, és que em funciona molt millor. Perdo tres minuts més, però no hi ha conflictes, no hi ha problemes, tots estem més contents...vull dir molt millor >> (Profesional, Eixample Esquerre Nou)

<<El tema de les conseqüències, elles no s'adonaven que a vegades posaven càstig a tots els germans, quan realment només havia de ser per un. O fins i tot, si per exemple havien d'anar a una festa i ara el càstig era no anar, també el càstig era per elles mateixes>> (Profesional, Sant Andreu)

Técnicas concretas

Finalmente, las mejoras en la aplicación de técnicas concretas para manejar el comportamiento, y la relación con sus hijos/as fueron referidas tanto por progenitores como por profesionales. Apuntaron a estrategias de organización de las rutinas, de reflexión sobre las consecuencias de los actos, entre otros aspectos.

*<<Para la semana que viene me he planteado el hacer una cartulina donde ponga a tal hora deberes, a tal hora desayuno, a tal hora jugar...>>
(Padre/madre, Sant Andreu)*

<<Jo per exemple el racó de pensar no el tenia gens present, no sabia que existia i ara...no és que l'hagi utilitzat però el tens, saps que existeix i que el pots utilitzar>> (Padre/madre, Eixample Esquerre Antic)

*<<Ara utilitzen el tema dels gomets, per controlar el comportament del nen>>
(Profesional, Barceloneta)>>*

*<<L'estratègia de l'economia de fitxes. La va utilitzar i li va anar molt be>>
(Profesional, Eixample Esquerre Nou)*

8.2.2. Comportamientos infantiles

También en el subestudio cualitativo, tanto padres y madres como profesionales, describieron cambios en los comportamientos infantiles instaurándose algunos comportamientos positivos que sustituyeron a los negativos.

Como primer resultado del análisis cualitativo surgieron seis nuevas subcategorías, que permitieron describir los datos cualitativos sobre comportamientos infantiles, y que quedan recogidas en la Tabla 33.

TABLA 33: SUBCATEGORÍAS EMERGENTES PARA LOS COMPORTAMIENTOS INFANTILES

Dimensión	Categoría	Subcategorías emergentes
Cambios inmediatos	Comportamientos hijos/as	Comprensión
		Comportamientos específicos
		Comunicación y expresión de sentimientos
		Rutinas familiares
		Tiempo para ver cambios en los niños/as
Relación entre variables y modificadores del efecto	Relación entre variables	Cambios en progenitores como causas de cambios infantiles

Comprensión

Padres y madres consideraron que sus hijos/as habían mejorado la capacidad de entender situaciones concretas que antes conllevaban rabietas, comportamientos agresivos u otras conductas negativas. Los niños y niñas mejoraron la comprensión de las reacciones y estados de ánimo de los progenitores con cierta anticipación.

*<<A mi el meu fill em pregunta: Ara ja estàs contenta? (risas) Ha rebut aquest missatge, ara estàs trista, ara contenta. És molt empàtic em sembla>>
(Padre/madre, Eixample Esquerre Antic)*

<<Los niños/as son más comprensivos, escuchan más>> (Padre/madre, Casc Antic)

*<<El tema de l'anticipació va ser clau. Abans que el nen fes una rabieta, la mare li deia "mira avui no podem anar a la piscina per això, això i això" i el nen responia bé. La mare estava sorpresa perquè sempre feia rabieta>>
(Profesional, Sant Andreu)*

Comportamientos específicos

Pero no únicamente cambiaron las actitudes de los niños/as, sino que éstas incidieron sobre sus conductas. Diversos comportamientos específicos también cambiaron. Profesionales y progenitores consideraron que los niños y niñas tenían menos rabietas, actuaban con menos agresividad, se encontraban más relajados y eran más obedientes, ya que seguían buena parte de las normas y los acuerdos pactados.

<<Agafa menys rabietes>> (Padre/madre, Eixample Esquerre Antic)

*<<En el cas del nen aquest tant autoritari, havien aconseguit pactes>>
(Profesionales, Barceloneta)*

<<En la última sesión conjunta hubo menos comportamientos agresivos o desobediencia>> (Profesional, Cambrils)

*<<Les educadores diuen que el nen està més tranquil, no contesta tant>>
(Profesional, Casc Antic)*

Comunicación y expresión de sentimientos

Las familias consideraron que los niños/as fueron más capaces de comunicarse con ellos y su entorno, así como de expresar sus emociones.

*<<Ella està més comunicativa, i intenta expressar els seus sentiments>>
(Padre/madre, Poble Sec)*

<<Ens noten més propers i ens fan més explícit el que senten>> (Padre/madre, Poble Sec)

Los profesionales reforzaron esta idea, señalando que los niños/as mejoraron la capacidad de gestionar las formas negativas de expresarse, tanto con sus progenitores como con el entorno familiar general.

*<<Canalitzar el llanto y la agresividad hacia otras maneras de expresarse>>
(Profesional, Poble Sec)*

<<Comunicació entre germans. Han aconseguit que es resolguessin molts problemes>> (Profesional, Barceloneta)

Rutinas familiares

Los cambios infantiles que profesionales y familias relataron más recurrentemente se referían a hábitos de la vida cotidiana, tanto personales como en relación a la participación en el hogar, como mejoras en cuanto a los hábitos de dormir, vestirse, compartir y ordenar juguetes, limpiarse los dientes.

<<Ha adquirit un hàbit, fer un rato deures, ajudar a recollir la habitació, posar la taula>> (Padre/madre, Barceloneta)

<<Ara es responsabilitza de rentar-se les dents>> (Padre/madre, Poble Sec)

*<<Han fet un petit canvi a l'hora de anar a dormir>>
(Padre/madre, Canyelles)*

<<Sentar-se a fer deures. O crear hàbits en altres sentits. Ni que sigui sentar-se tranquil a dibuixar, però era crear un hàbit. Més participatiu i col·laborar a casa>> (Profesional, Barceloneta)

<<Un nen finalment va deixar el xumet, i altre, la mare estava contenta, perquè ja menjava carn>> (Profesional, Gòtic)

<<Abans no recollien les joguines i ara sí que ho fan>> (Profesional, Sant Andreu)

Tiempo para ver cambios en los niños/as

Aunque estos cambios se identificaron en la mayoría de los discursos de profesionales y familiares, algunos consideraron que era necesario más tiempo para visualizar realmente los cambios de comportamiento. Se expuso que en algunas familias únicamente se pudieron visualizar principios de cambio de comportamiento infantil.

<<Crec que és massa aviat per percebre canvis en ells>> (Padre/madre, Poble Sec)

<< En algunos casos el cambio de comportamiento de los niños ha sido muy evidente, y en otros casos hace prever que se producirá>> (Profesional, Canyelles)

Cambios en los progenitores como causas de los cambios infantiles

Finalmente, por lo que respecta a las causas que generaron estos cambios de comportamiento en los niños/as, tanto familias como profesionales consideraron que la causa principal era el cambio de comportamiento y actitudes de los progenitores. Que el padre o madre se comunicara de forma más positiva con los hijos/as, que promoviera su autonomía o que se mostrara más relajado, hizo que los comportamientos de los niños/as mejorasen.

<<Aprens a dir les coses d'una manera que fa que el nen reaccioni de manera diferent. Aconseguir que el nen s'impliqui més, a parar la taula>> (Padre/madre, Eixample Esquerre Antic)

<<Hi havia una mare que era molt de fer-li tot a la nena, vestir-la, rentar-la... i ara li deixa fer més i és sent molt millor i veu que la nena va millor>> (Profesional, Eixample Esquerre Nou)

<<La manca de respecte cap al fill causa actituds desafiants en ell>> (Profesional, Eixample Esquerre Antic)

8.2.3. Estrés parental

También en el subestudio cualitativo se detectó que tanto padres y madres, como los profesionales, describieron reducciones del estrés parental. Surgieron tres nuevas subcategorías de estrés parental que permitieron organizar los resultados (Tabla 34).

TABLA 34: SUBCATEGORÍAS EMERGENTES PARA EL ESTRÉS PARENTAL

Dimensión	Categoría	Subcategorías emergentes
Cambios inmediatos	Estrés parental	Motivos y estrategias reducción estrés parental
		Motivos y situaciones que generan estrés parental
Relación entre variables y modificadores del efecto	Relación entre variables	Consecuencias de actuar sin y con estrés

Motivos y estrategias de reducción estrés parental

Padres y madres consideraron que su nivel de estrés se redujo, que se sentían menos ansiosos y preocupados ante la crianza de sus hijos/as. Los progenitores creyeron que antes no eran capaces de controlar sus emociones. Se irritaban y se ponían nerviosos más fácilmente. Tras la participación en el programa se sintieron más tranquilos y relajados.

*<<Ahora estoy más relajada y entonces lo llevo mejor... Antes a la mínima me subía por las paredes. Esto me ha ayudado a controlar mis emociones>>
(Padre/madre, Cambrils)*

<<Sí, me siento más tranquila porque sé que lo hago ahora es lo que debo hacer>> (Padre/madre, Canyelles)

Además de sentirse más relajadas, las familias verbalizaron los cambios que les habían llevado a saber gestionar el estrés y/o reducirlo. Padres y madres se refirieron a motivos generales, como la comprensión de las necesidades y del momento evolutivo de su hijo/a, que les hacía normalizar situaciones y comportamientos, y por tanto sentirse más relajadas. Pero también se refirieron a la adquisición de estrategias concretas para gestionar ese estrés, e incluso a poner en práctica la relajación con sus hijos/as. El grupo de iguales se situó como una fuente de apoyo que ayudó a rebajar el estrés ante situaciones, que hasta el momento eran vividas como únicas y desbordantes.

<<Saps controlar-te'ls. Saps que fer amb ells (els nervis) >> (Padre/madre, Eixample Esquerre Antic)

<< Quan començo a sentir que m'estic posant nerviosa intento parar i no donar una resposta immediata perquè és important tenir un temps de reflexió>> (Padre/madre, Poble Sec)

<<He aprendido a relajarme con mi hijo/a>> (Padre/madre, Sant-Gervasi)

<<Compartir experiències amb altres pares i mares, el que fa que es normalitzin situacions que es viuen en la relació dia a dia amb els fills i es visquin una mica millor alguns moments de la maternitat que són especialment estressants>> (Padre/madre, Poble Sec)

En la mayoría de los casos los profesionales reforzaron esta perspectiva descrita por los progenitores, y consideraron que las familias con el paso de las sesiones iban reduciendo su ansiedad. En cuanto a los motivos que explicaban porque este estrés se iba reduciendo, señalaron que el disponer de estrategias para controlar el comportamiento de sus hijos/as o el compartir con otros progenitores situaciones similares, había sido clave. El apoyo social entre iguales se planteó de forma

bastante extendida como una fuente para reducir el estrés parental. Asimismo, los profesionales consideraron que un aspecto importante que las familias habían cambiado era que habían aprendido a perdonarse y a autoexigirse menos. Este hecho generó que se sintieran menos agobiadas y estresadas. Pese a esta mayoritaria visión positiva, algunos dinamizadores consideraron que se dio una situación ambivalente. Por un lado el estrés se redujo debido a que se resolvieron dudas y recibieron apoyo de otros progenitores, pero por otro lado aumentó porque se plantearon nuevos retos de los que antes no eran conscientes.

<<Estaven bastant més relaxes. També és veritat que eren molt positives. No s'encallaven>> (Profesional, Eixample Esquerre Antic)

<<Tenir estratègies els hi ajuda a estar més tranquil·les. Per exemple, el temps fora. Doncs tenir aquesta opció els fa sentir millor, perquè veuen altres maneres de resoldres les situacions>> (Profesional, Casc Antic)

<< El estrés se ha reducido por el hecho de poder compartir las experiencias propias con los demás, ver que cada uno utiliza estrategias diferentes que pueden ser útiles para los demás,; también el hecho de incorporar nuevas "técnicas" en el cuidado de los hijos/as...probar cosas nuevas y ver que dan resultado ha resultado muy gratificante> (Profesional, Sant Andreu)

<<Veure que el que et passa tu li passa a tothom, que els altres et fan recomanacions... això els hi ha anat bé per desangoixar-se>> (Profesional, Barceloneta)

<< Els hi ha donat seguretat, però per una altra banda que no siguin tant autoexigents amb elles mateixes... perquè ho volen fer tant bé, ho volen fer perfecte i els hi genera un estrès. Ha servit per permetre's alguns dies de: Dons mira avui no ho faré tant bé i no passa res, perquè estic molt cansada... perdonar-se i reduir l'angoixa>> (Profesional, Eixample Esquerre Nou)

<<Se produce un sentimiento ambivalente, de una parte ser consciente de la dificultad que representa educar a los hijos/as genera estrés, y de otro lado el apoyo que provoca el taller ayuda a reducir este estrés. Se rebaja el nivel de estrés creemos por dos motivos, uno compartir con los iguales (los otros padres/madres) y ver que hay muchos temas comunes que le pasan a los demás igual, y otro el refuerzo que representa preguntar las dudas a los profesionales que conducen el taller>> (Profesional, Canyelles)

<<El estrés de desear ser “superpadres” (“supermadres”) baja... a relativizar las cosas y tomar distancia (...) pero también hay nuevos interrogantes que generan no relajarse y acomodarse en el “todo está hecho”>> (Profesional, Poble Sec)

Motivos y situaciones que generan estrés parental

Entre las familias encontramos ausente el relato sobre los factores que generaban estrés. Sin embargo en el caso de los profesionales, éstos plantearon que en muchas ocasiones las familias se sentían muy solas y vivían situaciones de precariedad, donde el cuidado de un hijo/a se hacía difícil y se convertía en estresante. Asimismo, también se refirieron a situaciones en que el apoyo social podía actuar como fuente de estrés, ya que la implicación de la familia extensa en la educación de los hijos/as restaba autoridad parental y generaba estrés.

<< Viuen agobiades. Els nens, clar és una preocupació més. Estan soles i això agobia molt>> (Profesional, Trinitat Nova)

<<El tema econòmic, la vivenda...tot això fa difícil la criança. Estan molt nervioses, molt saturades, i es difícil que es relaxin en la relació amb els fills>> (Profesional, Casc Antic)

<<Hi ha coses que no podia decidir perquè la seva mare es ficava al mig. I llavors intentava buscar formes de reduir l'ansietat que això generava>> (Profesional, Gotic).

<<Yo creo que la situación de estrés familiar, laboral, el niño/a que te desborda... si esto es constante acabas dando cada día un cachete. Es la situación de estrés que te desborda>> (Profesional, Zona Nord)

Consecuencias de actuar sin y con estrés parental

Finalmente, las familias expusieron las consecuencias que generaba el sentirse más relajado, menos estresado y saber gestionar el estrés. Padres y madres consideraron, que el saber gestionar su estrés, había hecho que sintieran menos culpa por los comportamientos bruscos e inadecuados derivados de su situación de estrés. Fueron más capaces de reconocer los efectos positivos de un comportamiento y una actitud paciente y relajada. Relataron que el abordar las situaciones de forma relajada, les situó hacia el cambio en positivo de otros aspectos. Asimismo, vieron los efectos positivos directos que la reducción del estrés generaba en los comportamientos de los niños/as.

<<Tengo menos nervios. Ahora nos arrepentimos menos de cosas que hacíamos sin pensar porque estábamos muy enfadadas y con ansia y la cabeza no funcionaba bien>> (Padre/madre, Casc Antic)

<<El que aconsegeixes quan mantens la calma, és molt més que quan et vols impulsar, quan se t'escapen els nervis. Mantenir la calma dona molt els seu fruits>> (Padre/madre, Eixample Esquerre Antic)

<<Para sentirnos más tranquilos con nosotros mismos. Y al estar nosotros más tranquilos con nosotros mismos te hace permitir cambiar>> (Padre/madre, Sant Andreu)

<<A veure jo crec que sí que s'ha reduït l'estrès. Jo crec que situacions que acabaven sent desastroses, doncs clicant aquestes estratègies, no arribes a aquest punt i tot és més tranquil. Si hi havia rebequeries més sovint, ara fa que hi hagi menys, i això fa que l'estrès baixi>> (Padre/madre, Eixample Esquerre Antic)

Los profesionales reforzaron estos relatos identificando que la reducción del estrés parental generaba que fuera más fácil transmitir tranquilidad a los niños/as, establecer normas y límites, y fomentar una mejor relación familiar.

<<Porque sentirse apoyado da seguridad como padres/madres y reduce el estrés parental y a la vez esta seguridad que transmiten los padres/madres tranquiliza a los hijos/as, a la vez facilita poner normas y limites>> (Profesional, Canyelles)

<<Padres/madres más tranquilos = niños/as más relajados = mejor convivencia familiar>> (Profesional, Eixample Esquerre Antic)

<<Al disminuir el estrés parental se afronta la crianza de los hijos/as con una actitud más positiva y relajada y esto ellos lo perciben, al percibirlo, su comportamiento también es diferente>> (Profesional, Sant Andreu)

8.2.4. Apoyo social

Tanto padres y madres, como profesionales, describieron un aumento del apoyo social percibido por los progenitores. Más concretamente estas mejoras se agruparon en las cinco nuevas subcategorías sobre apoyo social surgidas tras el análisis, que se encuentran descritas en la Tabla 35.

TABLA 35: SUBCATEGORÍAS EMERGENTES PARA EL APOYO SOCIAL

Dimensión	Categoría	Subcategorías emergentes
Cambios Inmediatos	Apoyo social	Soledad en la crianza
		Apoyo del dinamizador y el programa
		Apoyo del contexto a la crianza
		Apoyo del grupo de iguales
Relación entre variables y modificadores del efecto	Relación entre variables	Consecuencias del apoyo recibido

Soledad en la crianza

Los relatos de padres y madres mostraron que antes de la participación en el programa se sentían solos ante la crianza de los hijos/as.

*<<És sobretot en el sentit de si en aquesta tasca tan difícil de ser pare, que a vegades sobretot a les grans ciutats et sents sol, si us sentiú recolzats>>
(Padre/Madre, Eixample Esquerre Nou)*

Apoyo del dinamizador y el programa

Asimismo, los padres y madres consideraron que el programa, y las dinamizadoras del mismo, habían sido una fuente de ayuda para resolver dudas sobre problemas de la crianza en el día a día, y para conectar con otros recursos del barrio.

*<<Les professors del curs també han ajudat...resolien dubtes>>
(Padre/madre, Eixample Esquerre Nou)*

*<<De las enfermeras porque siempre trabajamos situaciones muy parecidas al día- día y nos habéis ayudado a tener más relación con la escuela>>
(Padre/madre, Barceloneta)*

<< El propio contenido del programa ya es un apoyo... y vosotras las profesionales nos ayudáis también>> (Padre/madre, Sant Andreu)

Apoyo del contexto a la crianza

Tanto progenitores como profesionales concordaron en que, que el contexto apostara por programas como el PHP, representó una fuente de apoyo. Los padres y las madres se sintieron apoyados porque los ayuntamientos, las escuelas, servicios sociales y otros recursos públicos o privados, se preocuparon y destinaron recursos a un aspecto que tanto les preocupaba, como es la parentalidad. Pero no únicamente los recursos públicos. Que otros miembros de la sociedad, como vecinos o amigos, reforzaron los contenidos del programa directa o

indirectamente, fueron señalados como una fuente de apoyo para poner en práctica lo aprendido.

<<Sents que a la societat l'interessen aquests temes, veure que a la teva escola s'ofereix això... o des de les institucions publiques...llavors si que ets sents recolzat>> (Padre/madre, Eixample Esquerre Nou)

<<Han visto que desde el Ayuntamiento se da cancha a este tema>> (Profesional, Cambrils)

<<Una mare va explicar que la seva veïna l'havia sentit per la finestra com li parlava a la seva filla, i com li renyava i li explicava les coses. I després li va venir que li agradava molt com ho feia>> (Profesional, Eixample Esquerre Antic)

Apoyo del grupo de iguales

Todos estos aspectos fueron identificados de forma recurrente en los discursos de progenitores y profesionales, sin embargo el mensaje más repetido y extendido fue la gran fuente de apoyo que supuso el grupo de iguales. Padres y madres consideraron que el grupo de iguales había sido una fuente de ayuda, porque había permitido romper la barrera de aislamiento que percibían al sentir que sus problemas en la crianza eran extraños y únicos. El propio grupo sirvió como un espejo para cada uno de los padres y madres participantes. Vieron en los otros participantes problemas y dificultades propias. Asimismo, el grupo permitió que se sintieran cómodos, que establecieran vínculos afectivos ante los diferentes sufrimientos que sentían, y también se sintieran felices ante los logros comunes. Finalmente padres y madres consideraron que el grupo también había servido para resolver dudas concretas, y obtener estrategias y propuestas específicas para aplicar en la cotidianidad de la crianza.

<<Compartir-ho amb persones que es troben en situacions similars i conèixer diferents punts de vista et donen més arguments per afrontar de forma més segura les decisions que prens, tant en determinats moments de tensió del dia a dia com en qüestions molt de fons que necessiten d'aquesta reflexió >> (Padre/Madre, Poble Sec)

<<Expliques un problema i les altres mares et donen moltes vies d'actuació diferents de les que tu fas. Llavors tens molts més recursos per fer d'una altra manera i llavors al final acabes trobant la que et funciona>> (Padre/Madre, Eixample Esquerre Antic)

<<Siento que tengo un grupo de amigos, que antes con algunos había ni si quiera había hablado>> (Padre/Madre, Canyelles)

Los profesionales reforzaron especialmente el fuerte vínculo afectivo que, de forma progresiva, se había ido construyendo entre los padres y madres. Los dinamizadores explicaron que muchos de ellos eran desconocidos y que gracias a la cantidad de experiencias y consejos materiales y emocionales compartidos con el paso del tiempo y la evolución del grupo, se habían creado lazos muy intensos. La ruptura de la percepción de aislamiento, sentirse acompañado o escuchado, también estuvieron presentes en los relatos profesionales.

<<S'expliquen coses molt molt íntimes i veus com va evolucionant el grup, és magnífic. Fan uns vincles molt forts>> (Profesional, Barceloneta)

<<Evolución del grupo, la relación que hay en entre ellos, a medida que pasan los días como son cada vez más capaces de explicarle al grupo lo que les pasa con sus hijos/as. Que ante situaciones difíciles que el otro te diga "no te preocupes, pues yo lo hago así" "pues a mí también me pasa" "lo debes estar pasando muy mal" baja el nivel de ansiedad, el estrés y aumenta la confianza en uno mismo>> (Profesional, Sant-Gervasi)

<<Moltes d'elles comparteixen experiències de violència, marits a la presó o abandonaments... les tres coses. Llavors clar, era un grup de suport mutu>> (Profesional, Trinitat Nova)

<<"Nunca me hubiera pensado yo, lo que te acabaría queriendo" "y si tengo 10€ 5 serán para ti si los necesitas">> (Profesional, Trinitat Nova)

<<Es donen consells entre ells: Mira a mi em funciona això, a mi allò... i estan super contents amb això. Comentar amb els altres el que fas amb els teu fills i els conflictes que tens te n'adones que no ets tu sol, sino que la situació és similar per a molts...>> (Profesional, Eixample Esquerre Nou)

<<Sentirse acompañado, escuchado, de pertenencia a un grupo; identificarse con los problemas de los demás; ver que una situación no es única de una persona, sino que hay muchas situaciones similares a las que vive uno mismo y ver qué herramientas utilizan las otras personas porque pueden ser útiles para uno mismo>> (Profesional, Sant Andreu)

Consecuencias del apoyo recibido

Finalmente, destacamos las consecuencias del aumento de la percepción de apoyo que el PHP generó.

Los profesionales consideraron que se dio un cambio en la mirada de los padres/madres hacía los recursos y servicios de su entorno. Anteriormente algunos padres/madres veían a la escuela, al equipo de atención psicopedagógica o servicios sociales como alejados, desconocidos, o incluso en algunas ocasiones como enemigos. Esta percepción cambió, y actualmente los ven como aliados para las estrategias de crianza que utilizan, así como otros aspectos de su vida, y conocen mejor los servicios que se ofrecen en el territorio y hacen uso de ellos.

<<Algunes famílies ara coneixen un recurs de lleure com es el casal on es van portar a terme les sessions. Algunes per ajudes més de tipus psicològic donada la situació de violència de gènere que vivia es van posar en posar en contacte amb el seu metge de capçalera o amb serveis socials. Algunes per parlar amb la psicopedagoga de l'escola respecte un cas de bulling amb un dels seus fills. I a una mare que estava sola perquè s'havia divorciat per un cas de violència es va posar en contacte amb una ludoteca i amb altres recursos per ajudar-la amb la nena>> (Profesional, Barceloneta)

<<Ha servit perquè prenguin consciència de que al CAP no només hi ha pediatria, que també hi ha adults. Veuen que també hi ha professionals que cuiden als adults. Van preguntar si hi havia més cursos per als grans>> (Profesional, Eixample Esquerre Antic)

<<Que coneguim el EAP, perquè són famílies de P3, i moltes no el coneixien. I després algunes famílies han dit que volien venir a parlar amb mi, i l'altra dia de fet me la vaig trobar al carrer i va dir que havíem de trobar un dia per parlar d'un tema que li preocupa de límits del seu fill>> (Profesional, Sant Andreu)

<<La relació amb el cole hagi canviat, que transmetin que l'escola és espai important pels nens. I això fa que la relació mare-nen també canvia>> (Profesional, Trinitat Nova)

Los profesionales relataron que el grupo participante del PHP, no únicamente había representado una ayuda durante el desarrollo de las sesiones, sino que tras acabar el PHP se mantuvieron algunas formas de apoyo. Por un lado se refirieron a que los propios participantes habían dado continuidad al grupo en sí mismo. Como espacio de encuentro para tomar café, intercambio de dudas, o bien como espacio de desarrollo de actividades extraescolares para las propias madres o padres, entre otros aspectos.

<<I elles ara es segueixen trobant... es troben a la porta de l'escola i van a fer un cafè>> (Profesional, Trinitat Nova)

<<Han creat una xarxa per intercanviar idees, consells, exemples, coses que els hi pasen... i que cadascú vagi explicant. Poder explicar avenços i coses que han aplicat. Com un blog>> (Profesionales, Eixample Esquerre Antic)

<<Han creat un grup d'activitats d'oci (batuka...). Famílies gitanes, magrebins, sud americanes... Han sorgit activitats extraescolars gratuïtes perquè les fan mares>> (Profesional, "Xarxa d'habilitats parentals de Barcelona")

Por otro lado, los profesionales relataron que del propio grupo surgieron colaboraciones concretas entre los participantes, que se valoraron como una gran fuente de ayuda. Las propias madres y padres hacen de canguros, clases de idiomas o se ofrecen otro tipo de ayudas similares entre ellas.

<<Tot i que ja ha acabat el programa, algunes continuen veient-se perquè una li fa de cangur, l'altra li dona suport amb l'anglès>> (Profesional, Barceloneta)

<<Algunes s'ofereixen ajuda. La Marta com és mare soltera, doncs la resta s'ofereix per quedar-se amb el nen. Si vols ens organitzem, me'l puc quedar>> (Profesional, Eixample Esquerre Antic)

Finalmente, los profesionales describieron las consecuencias que las mejoras de apoyo habían generado en el bienestar de padres y madres, de hijos/as y de las relaciones entre ambos. Se refirieron a la reducción de la ansiedad, a cambios de actitudes ante la crianza o cambios de comportamiento en los niños/as.

<<Cuando vemos que las personas nos comprenden solemos relajarnos>> (Profesional, Canyelles)

<<Porque sentirse apoyado da seguridad y reduce el estrés parental y a la vez esta seguridad que transmiten los padres/madres tranquiliza a los hijos/as, a la vez facilita poner normas y límites>> (Profesional, Trinitat Nova)

<<El apoyo que se fundamenta en compartir, aprender de los demás, abrirte a los demás, cambia la experiencia de ser madre/padre. Te relajas, no te sientes sola.... Esto genera que decidas cambiar actitudes, conductas en la dinámica familiar... Y, los niños/as también reaccionan de otra manera>> (Profesional, Poble Sec)

8.3. Triangulación y discusión

Diversos estudios muestran los efectos positivos a corto plazo de las intervenciones de promoción de la salud en general, y de los programas de

educación parental en concreto (Nation et al., 2003). Sin embargo los efectos a medio-largo plazo no acostumbran a ser tan positivos, y no siempre se recogen datos suficientes y concluyentes en las evaluaciones de intervenciones (Barlow et al., 2012).

A continuación se detalla la triangulación de los datos cuantitativos y cualitativos, así como su puesta en diálogo con las aportaciones de otros autores, para señalar las aportaciones de este estudio tanto a corto como a medio-largo plazo.

Como se ha apuntado en la sección de metodología, en primer lugar se identificó que las personas con estudios medios o secundarios fueron el perfil de participantes que más abandonó la participación en este estudio, especialmente seis meses después de la finalización de la intervención, aunque también en el momento inmediato se dio un leve descenso. Sin embargo las de estudios superiores fueron en aumento, mientras que las de bajos estudios se mantuvieron estables. Este aspecto puede ser explicado debido a que la recogida de información de seguimiento a los seis meses ha requerido de estrategias diversas para instaurarla y consolidarla, ya que inicialmente resultó difícil la participación de las familias. Buena parte de cuestionarios fueron autocumplimentados por correo electrónico. Ésta resultó una estrategia exitosa para los padres de estudios superiores, lo que explicaría su mayor presencia en el momento de seguimiento. La estabilidad del grupo de progenitores con nivel de estudios inferiores podría ser explicada porque son los que más se benefician del programa, y por tanto, continúan vinculados a éste. Pese al descenso de participantes con estudios medios, consideramos que los resultados no son sesgados, ya que la muestra continua siendo heterogénea en cuanto al nivel de estudios.

En segundo lugar, se identificó que los hombres redujeron significativamente su participación a los seis meses de la intervención. Esto puede ser explicado por la perspectiva sociopolítica y cultural señalada en los capítulos iniciales. La participación de los hombres del cuidado parental continúa siendo leve en nuestra sociedad. Esto explica que los hombres estén mucho menos representados en este tipo de intervenciones, y que sea más fácil que abandonen. Este aspecto debe ser contemplado como un sesgo, puesto que es posible que los hombres que participen de la intervención, y del estudio hasta el final, sean los más convencidos y más predispuestos al cambio.

8.3.1. Habilidades parentales

Existió, en general, una congruencia entre los datos cuantitativos y los cualitativos en cuanto a los efectos del PHP sobre las diferentes dimensiones (Tabla 36). Los

resultados cualitativos aportaron matices y concreciones a los cuantitativos, y especialmente contrastaron que la capacidad de los padres y las madres de comprender al menor sí que había resultado mejorada.

En cuanto a los resultados globales de habilidades parentales un matiz importante fue, que pese al aumento claro evidenciado en los resultados cuantitativos, los progenitores consideraron que con el paso del tiempo se producirían los cambios que la falta de tiempo no permitió generar.

Respecto a la comprensión del menor, los datos cuantitativos mostraron significativos cambios, aunque con menos claridad que el resto de dimensiones. Esto puede ser explicado porque esta dimensión es medida a través de un único ítem. Sin embargo, los discursos de los progenitores confirmaron que éstos fueron capaces de entender su modo de actuar, y además cambiaron la mirada que tenían de él, y ahora lo ven como alguien con necesidades concretas y voz propia.

En relación a la dimensión cuantitativa de autorregulación emocional que recoge mejoras en la capacidad de padres y madres de encontrar momentos para relajarse y poder evitar una respuesta agresiva a sus hijos/as, desde la cualitativa se aportaron matices respecto a estos momentos de relajación. Los progenitores se refirieron a su mejora en la capacidad de padres y madres de encontrar momentos propios para relajarse, reduciendo su autoexigencia de estar todo el tiempo dedicados al cuidado de sus hijos y evitando que esto implique sentimientos de culpabilidad

En cuanto a la dimensión de autoestima, el gran refuerzo realizado por el subestudio cualitativo es que añadió la capacidad del padre o madre de reforzar no únicamente su autoestima sino la de sus hijos/as.

Por lo que respecta las habilidades comunicativas y de escucha ambos subestudios presentaron resultados totalmente congruentes. En el caso de la dimensión dedicada a los acuerdos sucedió más o menos lo mismo, aunque se reforzó de forma importante el aumento de la capacidad de anticiparse al conflicto y de encontrar momentos oportunos para el diálogo. Finalmente, los resultados cualitativos concretaron los cuantitativos, ya que padres y madres especificaron las técnicas que emplean para regular el comportamiento de sus hijos/as.

TABLA 36: TRIANGULACIÓN RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS SOBRE CAMBIOS EN HABILIDADES PARENTALES

Resultados cuantitativos			Resultados cualitativos
Dimensiones cuantitativas de habilidades parentales	Cambios M y Md Pre-Post (N=216)	Cambios M y Md Pre- Post inmediato- Post a los seis meses (N=130)	Subcategorías cualitativas y aspectos de cambio
Habilidades parentales generales	30,71<42,45 35<40,16	31,77<43,55>40,74 37<43>40	<p>Resolución de dudas y miedos: El poder pararse a pensar en su tarea parental, contrastar que cosas hacían bien y que cosas no, resolver dudas y comprender al niño o niña les ha hecho sentir que controlan la situación</p> <p>Tiempo para el cambio: Necesidad de tiempo para los cambios más difíciles y de tiempo en el día a día para poner en práctica lo aprendido</p>
Comprensión del menor	1,51<2,15 2=2	1,57<2,18>2,11 2=2=2	<p>Comprensión del niño/a: Persona con unas necesidades concretas y una forma de actuar acorde a su edad y entorno que está en desarrollo y requiere cierta autonomía. El niño/a ya no es visto como un objeto pasivo, sino como un sujeto activo, como una persona con derechos y con vivencias del día a día que le generan cambios de comportamientos y actitudes que deben ser comprendidos</p>
Autorregulación emocional	2,8<3,8 3<4	2,99<3,95>3,56 3<4=4	<p>Espacios propios de relax: Aceptar que no son perfectos y que pese a cometer algunos errores con sus hijos/as pueden mejorar. Disponer de espacios para uno mismo, para desconectar y relajarse, no significa ser mal padre/madre, sino todo lo contrario</p>
Autoestima en el desarrollo de la función parental	8,71<11,82 10<12	8,92<12,27>11,74 10<12=12	<p>Autoestima propia y del hijo/a: Seguridad en la crianza. Mejora de la propia autoestima y la de los hijos/as. Capacidad de ver las propias características buenas, y aceptar los errores</p>

TABLA 36: TRIANGULACIÓN RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS SOBRE CAMBIOS EN HABILIDADES PARENTALES (CONTINUACIÓN)

Resultados cuantitativos			Resultados cualitativos
Dimensiones cuantitativas de habilidades parentales	Cambios M y Md Pre-Post (N=216)	Cambios M y Md Pre- Post inmediato- Post a los seis meses (N=130)	Subcategorías cualitativas y aspectos de cambio
Comunicación empática y asertiva	7,68<10,14 9<11	8<10,49>9,92 9<11>10,5	Habilidades comunicativas y de escucha: Capacidad de comunicarse mejor los hijos/as y verlos como alguien que merece ser escuchado. Mejoría a la hora de expresar a sus hijos/as lo que esperan de ellos/as, así como mostrar las emociones.
Acuerdos	7,48<10,73 8<10	9<10=10 7,77<10,87>9,92	Acuerdos, normas y resolver conflictos: Aprender a buscar el momento más adecuado para dialogar con el niño/a, conociendo el estado de ánimo de padre/madre e hijo/a. Ser consecuentes con las normas que se plantean. Establecer estrategias que no únicamente permiten resolver el conflicto, sino evitarlo. La anticipación juega un papel clave en esta prevención de situaciones que generan tensión.
Regulación del comportamiento	1,51<2,14 3<4	2,52<3,8>3,37 3<4>3	Técnicas concretas: Aplicación de técnicas concretas para manejar el comportamiento: no gritar ni emplear el castigo como primera opción, organización de las rutinas y de espacios de reflexión sobre las consecuencias de los actos

En cuanto a los efectos inmediatos, estos resultados son congruentes con el programa original implementado en otros lugares de España (Martínez et al., 2010), así como otras investigaciones nacionales (Amorós, Balsells, Buisan, Byrne y Fuentes-Peláez, 2013) e internacionales (Almeida et al., 2012), ya que se describe un aumento en diferentes habilidades parentales categorizadas de forma similar a las aquí presentadas. En cuanto a la evolución de los efectos en el tiempo, como en nuestro caso, Reid, Webster-Stratton y Beauchaine (2001) encontraron que los resultados de la intervención en las habilidades parentales eran estadísticamente significativas, tanto en el momento post-test como en la fase de seguimiento,

aunque los cambios pasados seis meses experimentaban un ligero descenso respecto a la situación post-intervención.

En relación con las mejoras generales sobre las habilidades parentales, es decir, su descripción como un espacio de resolución de dudas en relación a la crianza, este aspecto también fue descrito por Marcynyscyn et al. (2011). Asimismo, otros autores (Martínez Muñoz, Arnau Sabatés y Sabaté Tomás, 2015) relataron entre sus hallazgos la necesidad de esperar más tiempo para visualizar más cambios, o incluso la necesidad de sesiones recordatorio.

En relación con cada una de las dimensiones que los resultados cuantitativos evidenciaron como mejoradas, y los cualitativos concretizaron, éstas fueron también descritas por otros autores. Así por ejemplo, nuestros resultados son congruentes con los de Amorós et al., (2013) por lo que respecta a las mejoras en la comprensión del menor. El niño/a ya no es visto como un receptor pasivo de los cuidados parentales, sino que padres y madres son capaces de ver sus necesidades y verlo como alguien activo.

Las mejoras en autorregulación emocional a nivel cuantitativo fueron descritas por otros estudios (Martínez et al., 2010), y reforzados por algunos resultados cualitativos que se refieren a una reducción en el uso de gritos al relacionarse con los hijos/as. Holtrop, Parra-Cardona y Forgatch (2014) plantearon que uno de los aspectos que más cuesta a los padres y madres es la regulación de las propias emociones, y no actuar de modo impulsivo ante comportamientos negativos de los hijos/as. Sin embargo, tras la participación en intervenciones como el PHP se mostraron claras mejoras. Pese a estos hallazgos, los resultados del estudio cualitativo se orientan en otro sentido, concretamente hacia el aumento de espacio de relajación y la reducción de expectativas que les hacían mostrarse agresivos. Esta perspectiva fue descrita de forma similar por Muñoz y Gómez (2015), YA que identificaron que los participantes consiguieron, no sólo evitar la agresividad que les generaban sus altas expectativas de ser buen padre/madre o el miedo a no serlo, sino que fueron capaces de reorientar esa agresividad hacia una comunicación asertiva y cariñosa.

En cuanto a la autoestima, los datos de estudios previos son divergentes. El metaanálisis de Barlow et al., (2012) mostró que las mejoras en autoestima parental no fueron significativas. Sin embargo, los autores identificaron que son pocos los estudios en los que se incluyó esta dimensión, y que algunos de ellos (Harrison, 1997) fueron resultado de programas dirigidos a colectivos especialmente complicados, como por ejemplo padres encarcelados. Por el contrario, otros autores identificaron mejoras en la autoestima parental tras la

participación en un programa similar al PHP, tanto en familias de bajos ingresos (Lipman y Boyle, 2005), como en familias de hijos/a con algún trastorno de salud (Chronis, Gamble, Roberts y Pelham, 2006), así como en población general (Patterson, Barlow, Mockford, Klimes, Pyper, y Stewart-Brown, 2002). Sin embargo, algunos de estos autores identificaron que estas mejoras no se mantenían pasados seis meses. Hidalgo, Menéndez, López-Verdugo, Sánchez, Lorence y Jiménez (2015) observaron que estas mejoras no se dieron tan sólo en la autoestima parental, sino también en la autoestima del conjunto familiar.

Por lo que respecta a las habilidades relacionadas con el establecimiento de una comunicación empática y asertiva, nuestros hallazgos son congruentes con el estudio de Marcynyszyn et al. (2011) y Leung, Tsang, y Leung (2013). En ambos estudios padres y madres relataron que intentan ponerse en el lugar de sus hijos/as a la hora de comunicarse con ellos. Cambiaron su vocabulario y procuran conectar con el estado emocional de ellos. Asimismo, McGuillovway et al. (2012) evidenciaron mejoras pasados seis meses en esta dimensión.

Los hallazgos de Rodríguez, Martín y Rodrigo (2015) refuerzan los de este estudio en cuanto a la resolución de conflictos y la capacidad de llegar a acuerdos. Los autores plantearon que tras la participación en la intervención, las familias buscan alternativas para evitar que una divergencia acabe en una imposición del progenitor que realmente no soluciona el conflicto a largo plazo.

Finalmente, diversos estudios documentaron una mejora en las habilidades de regulación del comportamiento. Holtrop et al., (2014) mostraron mejoras como las descritas por los padres y madres de este estudio, tales como la economía de fichas o la calendarización de rutinas, entre otras. Dentro de esta misma dimensión, Reid et al., (2001), observaron mejoras a nivel de disciplina positiva y reducción del uso de disciplina negativa (Fossum, Mørch, Handegård, Drugli, y Larsson, 2009) para controlar el comportamiento de los hijos/as. Estos autores identificaron que el uso del castigo no era tan común tras la participación en programas de educación parental. McGuillovway et al. (2012) identificaron que la regulación del comportamiento con estrategias positivas se mantenía pasado seis meses de la intervención.

Con todo lo expuesto, concluimos que el PHP contribuye a mejorar las diferentes dimensiones de habilidades parentales de los padres y madres participantes justo al finalizar la intervención y seis meses después, como lo hacen otros programas similares internacionales y nacionales. El mantenimiento significativo de las habilidades parentales positivas pasados seis meses es un aspecto a destacar,

especialmente debido a que la literatura al respecto es mucho más escasa, y estos hallazgos contribuyen a dar respuesta dicha escasez.

8.3.2. Comportamientos infantiles

La puesta en diálogo de los resultados cuantitativos y cualitativos en cuanto a los cambios en comportamiento infantiles, permitió visualizar que las conductas negativas fueron reducidas significativamente en aspectos como rabietas, desobediencia o agresividad (Tabla 37). Estos resultados fueron congruentes con diversos estudios internacionales tanto de forma inmediata (Furlong et al., 2012; McDaniel et al., 2011) como pasados seis meses (Reid et al., 2001).

TABLA 37: TRIANGULACIÓN RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS SOBRE CAMBIOS EN COMPORTAMIENTOS INFANTILES

Resultados cuantitativos		Resultados cualitativos
Cambios Mediana Pre-Post N=202	Cambios Mediana Pre-Post inmediato-Post a los seis meses N=118	Subcategorías cualitativas y aspectos de cambio
3>2	3>1,5<2	<p>Comprensión: Capacidad de comprender situaciones concretas que generan malos comportamientos o demandas de los progenitores</p> <p>Comportamientos específicos: Tienen menos rabietas, actúan con menos agresividad, se encuentran más relajados y son más obedientes siguiendo normas y acuerdos</p> <p>Comunicación y expresión de sentimientos: Mayor capacidad de expresar sus sentimientos y comunicarse con el entorno.</p> <p>Rutinas familiares: Establecimiento de hábitos y rutinas diarias en el entorno familiar (lavarse los dientes, dormir solos, entre otras)</p> <p>Tiempo para cambios en los niños/as: Necesidad de más tiempo para visualizar cambios de comportamiento en los niños y niñas</p> <p>Cambios en los progenitores como causas de cambios infantiles: Los cambios en las competencias parentales explican buena parte de los cambios de comportamiento en niños y niñas</p>

La reducción de comportamientos infantiles negativos, tanto inmediatamente después de la intervención como al cabo de seis meses, son consistentes con los hallazgos tanto de McGilloway et al. (2012), como de Patterson et al. (2002) que también detectaron este descenso mantenido. Reid et al. (2001) observaron que

los comportamientos infantiles negativos se redujeron, y los positivos aumentaron significativamente, aunque el efecto disminuyó ligeramente a largo plazo.

Los resultados del subestudio cualitativo no sólo reforzaron los del cuantitativo, sino que también aportaron hallazgos sobre las conductas positivas en los niños y niñas (Tabla 37). El aumento o incorporación de la habilidad para expresar sus sentimientos y comunicarse con su entorno (Arkan et al., 2013; Lucia y Dumas, 2013), comprender las demandas de sus progenitores (Gill, Hyde, Shaw, Dishion, y Wilson, 2008) o mejorar algunos de sus hábitos de sueño, higiene u otros (Dumas, Arriaga y Begle, 2011; Gill et al., 2008) fueron documentos también por otros estudios. Finalmente, estudios previos también reforzaron el hallazgo sobre la percepción de familias y profesionales de que los cambios en niños/as podían ser explicados, en gran medida, por los cambios en las competencias parentales (Armstrong et al., 2005; Gardner, Hutchings, Bywater, y Whitaker, 2010) y que, por tanto, en algunos casos, los cambios infantiles requerían más tiempo para ser visualizados (Bloomfield y Kendall, 2012). Esta necesidad de más tiempo para visualizar cambios en los comportamientos infantiles, es consistente con lo referido en el apartado anterior para los cambios en habilidades parentales. Esto permite visualizar la congruencia de los diferentes efectos del programa.

Concluimos, por tanto, que el PHP contribuye a reducir los comportamientos infantiles negativos y aumentar los positivos al finalizar la intervención y seis meses después, como lo hacen otros programas similares internacionales y nacionales. Como en el casos de las habilidades parentales, el mantenimiento significativo de la reducción de comportamientos negativos pasados seis meses es un aspecto a destacar especialmente debido a que la literatura al respecto es mucho más escasa, y estos hallazgos contribuyen a dar respuesta a este déficit.

8.3.3. Estrés parental

La triangulación de los resultados cuantitativos y cualitativos confirmó que tras la participación en el PHP los padres y madres redujeron el estrés parental. Los resultados cuantitativos ofrecieron una reducción del estrés parental en un sentido más global, mientras que las aportaciones cualitativas ofrecieron información sobre: los aspectos específicos que permitieron a padres y madres reducir este estrés, comprender la situaciones que lo generaban y conocer las consecuencias de controlarlo o no hacerlo (Tabla 38).

TABLA 38: TRIANGULACIÓN RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS SOBRE CAMBIOS EN ESTRÉS PARENTAL

Resultados cuantitativos		Resultados cualitativos
Cambios Mediana Pre-Post N=216	Cambios Mediana Pre- Post inmediato-Post a los seis meses N=129	Subcategorías cualitativas y aspectos de cambio
29>23	27>23>24	<p>Motivos y estrategias reducción estrés parental : Se sienten menos ansiosos y preocupados ante la crianza de sus hijos/as. Son capaces de controlar sus nervios. El apoyo entre iguales, la comprensión de lo que deben esperar de sus hijos/as dependiendo de su edad o la adquisición y puesta en práctica de estrategias de relajación son los motivos que han ayudado a reducir el estrés. Los contenidos del programa resuelven dudas y relajan, a la vez que generan estrés por alcanzar los retos en la parentalidad.</p> <p>Motivos y situaciones que generan estrés parental: Los estresores del contexto (precariedad socioeconómica o familia extensa controladora) son los principales generadores de estrés parental.</p> <p>Consecuencias de actuar sin y con estrés: Actuar sin estrés genera menos culpabilidad por los comportamientos agresivos que produce el estrés, sitúa de forma más positiva ante el cambio y produce mejoras en los comportamientos infantiles.</p>

Otras intervenciones promotoras de la parentalidad positiva como la aquí evaluada, identificaron también una reducción del estrés inmediatamente después de su finalización (Almeida et al., 2012; Barlow et al., 2012; Lucia y Dumas, 2013) y pasados seis meses (McGilloway et al., 2012) en comparación con la situación pre-intervención. Patterson et al. (2002) encontraron resultados similares, y a diferencia de nosotros, observaron también un aumento del efecto en la fase de seguimiento, en comparación a los niveles inmediatamente después de la intervención.

Este resultado general puede ser explicado por otros resultados más específicos que describen los mecanismos del cambio, congruentes también con las aportaciones de otros estudios. El estrés de los padres y las madres descendió porque fueron más capaces de comprender los comportamientos de sus hijos/as y lo que podían esperar de ellos, dependiendo de las necesidades específicas de éstos (Solem, Christophersen, y Martinussen, 2011). Además, incorporaron estrategias para controlar la ansiedad y para aprender a relajarse (Patterson, Mockford, y

Stewart-Brown, 2005). Asimismo, percibieron que otros padres y madres sentían las mismas preocupaciones (Stewart-Brown et al., 2004) o la autoexigencia de ser el mejor padre/madre (Rivadeneira, 2013; Siu-ming To, Siu-mee Iu Kan, Kcon-wah Tsoi y Ting-sam Chan, 2013), y esto ayudó también a reducir su estrés.

Seguidamente, en consistencia con otros estudios (Amorós, Balsells, Buisan, Byrne, y Fuentes-Peláez, 2013; Anderson, 2009; Raikes y Thompson, 2005), las dificultades socioeconómicas y la vulnerabilidad fueron identificadas como factores causantes del estrés parental.

Finalmente, en cuanto a las consecuencias que genera esta reducción de estrés parental se destacaron, como lo hacen también otros estudios (Stewart-Brown et al., 2004), la capacidad de estar predispuesto a otros cambios en la relación parental, así como la mejora de comportamientos en los niños/as, y la relación paterno-filial.

Concluimos, por tanto, que el PHP contribuye a reducir el estrés parental al finalizar la intervención y seis meses después, como lo hacen otros programas similares a nivel internacional y nacional. Como en el caso de las demás variables dependientes, el mantenimiento significativo de la disminución de estrés parental pasados seis meses es un aspecto a destacar especialmente debido a que la literatura al respecto es mucho más escasa, y estos hallazgos contribuyen a dar respuesta este déficit.

8.3.4. Apoyo social

La puesta en diálogo de los datos cuantitativos y cualitativos permitió confirmar que tras la participación en el PHP padres y madres mejoraron su percepción de apoyo social. En los datos cuantitativos se identificó una mejora a nivel del apoyo social global, tanto afectivo como confidente, y la información cualitativa mostró las fuentes de las que proviene este apoyo, y las consecuencias que genera (Tabla 39).

TABLA 39: TRIANGULACIÓN RESULTADOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS SOBRE CAMBIOS EN APOYO SOCIAL

Resultados cuantitativos		Resultados cualitativos
Cambios Mediana Pre-Post N=216	Cambios Mediana Pre- Post inmediato-Post a los seis meses N=128	Subcategorías cualitativas y aspectos de cambio
30<36	30<37>36	<p>Soledad en la crianza: Antes de la participación en el programa los padres y madres se sentían solos ante la crianza de los hijos/as</p> <p>Apoyo del dinamizador y del programa: El programa y las dinamizadoras del mismo han sido una fuente de ayuda para resolver dudas y ligar con problemas de la crianza en el día a día y para conectar con otros recursos del barrio.</p> <p>Apoyo del contexto a la crianza: Padres y las madres se sienten apoyados porque recursos públicos o privados se preocupen y destinen recursos a un aspecto que tanto les preocupa, como es la parentalidad. Que otros miembros de la sociedad, como vecinos o amigos, refuercen los contenidos del programa directa o indirectamente, ha sido relatado como una fuente de apoyo para poner en práctica lo aprendido.</p> <p>Apoyo del grupo de iguales: El grupo de iguales ha permitido romper la barrera de aislamiento que padres y madres perciben al sentir que sus problemas en la crianza son extraños y únicos. Se han visto y sentido sus problemas y logros reflejados en sus iguales, y han resuelto dudas y obtenidos estrategias para la función parental del día a día.</p> <p>Consecuencias del apoyo recibido: Cambio de mirada de los servicios y recursos. Los ven como aliados para las estrategias de crianza que utilizan, así como otros aspectos de su vida, y conocen mejor los servicios que se ofrecen en el territorio y hacen uso de ellos Mantenimiento del grupo de iguales como espacio de intercambio de experiencias o resolución de dudas tras la finalización del PHP. Los padres y madres se ayudan para cosas concretas tras la finalización del programa: canguros, extraescolares, llevar a los niños/as al cole, entre otros. Aumento de apoyo social tras la finalización del programa impacta en el bienestar de padres y madres, de hijos/as y de las relaciones entre ambos. Se refieren a la reducción de la ansiedad, a cambios de actitudes ante la crianza o cambios de comportamiento en los niños/as</p>

Los resultados sobre las mejoras en el apoyo social producidas por programas de educación parental son contradictorios. Metaanálisis realizados a principios de siglo (Barlow et al., 2003; Lundahl, 2006) concluyeron que dichos programas no produjeron cambios significativos en el apoyo social, pero las autoras consideraron que esto podía ser debido a que los instrumentos cuantitativos no estaban diseñados específicamente para recoger una de las fuentes principales de apoyo social que identifican los datos cualitativos, como es el grupo de iguales. Asimismo, Lipman y Boyle (2005) no encontraron mejoras en los niveles de apoyo social entre tres y seis meses después de la intervención. Como en el caso de las habilidades parentales, estas divergencias respecto a nuestros resultados, podrían ser explicados por la aplicación de la intervención en un colectivo extremadamente vulnerables formado por madres solteras con fuertes dificultades económicas, lo que podría implicar no sólo una necesidad de apoyo educativo sino también socioeconómico. Paralelamente, Moran et al. (2004) identificaron la necesidad de aumentar la investigación en diversos tipos de población para obtener resultados exhaustivos.

En los últimos años se han publicado estudios que aportan hallazgos congruentes con los nuestros, tanto para población general (Kane et al., 2007), como para poblaciones con riesgo específico (Byrne, Rodrigo y Martin, 2012; Dababnah y Parish, 2015; Marcynyszyn et al., 2011).

En cuanto a los aspectos de cambio identificados en el subestudio cualitativo, destacamos que antes de la participación en programas como el aquí evaluado, los participantes se sentían solos y aislados ante la crianza (Stewart-Brown et al., 2004). Sin embargo, tras la participación esta situación cambió. Holtrop et al., (2014) y Leung et al., (2011) recogieron relatos similares, que situaban los propios contenidos del programa y las estrategias utilizadas por los dinamizadores, como fuentes de apoyo para el cambio en habilidades parentales. Asimismo, Siu-ming To et al. (2013) también identificaron como importante el papel de la sociedad en el impulso y el refuerzo de una comprensión de la parentalidad positiva como una prioridad social. En estudios similares se describió igualmente el papel fundamental del grupo de iguales como fuente de apoyo, tanto durante las sesiones del programa (Kane et al., 2007; Mockford et al., 2004; Patterson et al., 2002), como tras la finalización del programa (Kilgour y Fleming, 2000). Estudios recientes (Thomson, Michelson, y Day, 2015) sitúan a otros padres y madres entrenados, como posibles dinamizadores que aumentan la efectividad de los programas de educación parental.

La relación entre el aumento de apoyo social tras la finalización del programa, y el bienestar de padres y madres, de hijos/as y de las relaciones entre ambos, también ha sido descrito por otros autores (Nabuco, Aguiar, Costa y Morais, 2014; Telleen, Herzog, y Kilbane, 1989). Asimismo, otros estudios (Ackley y Cullen, 2010; Webster-Stratton, 1997) identificaron que los programas de educación parental pueden contribuir a un cambio en las relaciones, e incluso un fortalecimiento, entre los miembros de la comunidad, o de los participantes con los diferentes servicios del territorio (escuela u otros). Estos aspectos son consistentes con el cambio de mirada y concepción que realizaron los padres y madres de este estudio, en relación a los servicios que trabajan directa o indirectamente con las familias.

Confirmamos, por tanto, que el PHP contribuye a incrementar la percepción de apoyo social de padres y madres al finalizar la intervención y seis meses después, como lo hacen otras intervenciones similares. Cabe destacar que para esta variable las evidencias previas son menos claras tanto a nivel inmediato como a medio-largo plazo, por lo que este estudio contribuye a dar respuesta a este déficit.

Capítulo 9- Determinantes sociales de la efectividad del programa

¿Por qué no aceptar lo que estaba ocurriendo sin pretender explicarlo, sin sentar las nociones del orden y de desorden?

Julio Cortázar

En este capítulo se presentan los resultados correspondientes al tercer objetivo de la investigación: analizar los determinantes sociales asociados con el éxito del PHP. Se presentan los determinantes sociales que se considera que pueden actuar como predictores del éxito de la intervención para las cuatro variables dependientes estudiadas. Para ello se concibe que el éxito de la intervención se sitúa en un aumento de los niveles de habilidades parentales y apoyo social por encima de la mediana de la distribución del cambio, y en la reducción de comportamientos infantiles negativos y estrés parental por debajo de la mediana. Finalmente se discuten los resultados comparándolos con estudios previos.

9.1. Determinantes sociales del aumento de las habilidades parentales

Como resultado del análisis bivariado podemos observar en la Tabla 40, que las personas que más mejoraron sus habilidades parentales fueron las más jóvenes (66,7%) y las de menos nivel de estudios (66,7%). Asimismo, en ambos casos se observó un gradiente.

TABLA 40: PUNTUACIONES Y PORCENTAJE DE MEJORA EN LA MEDIANA DE HABILIDADES PARENTALES Y NÚMERO Y PORCENTAJE DE PARTICIPANTES QUE OBTIENEN MEJORAS POR ENCIMA DE LA MEDIANA. RESULTADO DEL ANÁLISIS BIVARIADO

	Diferencia de medianas (%)	N(%)
Sexo		
Mujer	4 (7,0)	89 (46,6)
Hombre	18 (31,6)	16 (64,4)
Edad [†]		
Menos de 30	15 (23,3)	28(66,7)*
30-35	4 (7,0)	24 (43,6)
36-40	7 (12,3)	34 (52,3)
Más de 40	3 (5,3)	18 (34,6)
País de origen		
España	4 (7,0)	58 (44,3)
Otros país	8 (14,0)	46 (54,8)
Estado de convivencia		
Vive en pareja	4 (7,0)	77 (46,7)
No vive en pareja	8,53 (15,0)	26 (53,1)
Nivel de estudios ^{††}		
Superiores	1 (1,8)	23 (29,1)
Secundarios	6 (10,5)	39 (57,4)
Sin estudios o estudios primarios	16 (28,1)	38 (66,7)***
Situación laboral		
En paro	9 (15,8)	38 (58,5)
Ocupado	4 (7,0)	35 (39,3)
Ama de casa	6,11 (10,7)	24 (53,3)
Otros	1,5 (2,6)	7 (46,7)

*p<0,05; ***p<0,001 (Test Chi cuadrado)/ † † <0,01; † <0,001 (Test de tendencia)

Los resultados del análisis multivariado identifican únicamente el nivel de estudios como factor predictor de éxito para el aumento de habilidades parentales tras la participación en el PHP, de manera que las personas con estudios primarios o sin estudios (ORa=5,1 IC95%= 1,9-7,8) y con nivel de estudios medios (ORa=3,5 IC95%=1,6-13,8) tuvieron más probabilidad de aumentar las habilidades parentales (Tabla 41). Además, se observó una tendencia estadísticamente significativa.

TABLA 41: FACTORES ASOCIADOS AL ÉXITO DEL PHP. ODDS RATIOS AJUSTADAS (ORA) E, INTERVALOS DE CONFIANZA DEL 95% (IC95%)

	ORa	IC95%
Sexo		
Mujer	1,0	
Hombre	2,7	1.0-7,5
Edad		
Menos de 30	1,0	
30-35	0,6	0,2-1,8
36-40	1,4	0,5-4,0
Más de 40	0,5	0,2-1,4
País de origen		
España	1,0	
Otro país	1,2	0,6-2,3
Estado de convivencia		
Vive en pareja	1,0	
No vive en pareja	1,1	0,5-2,4
Nivel de estudios		
Superiores	1,0	
Secundarios	3,5**	1,6-13,8
Sin estudios o primarios	5,1**	1,9-7,8
Situación laboral		
En paro	1,0	
Ocupado	0,9	0,4-1,9
Ama de casa	0,8	0,3-1,9
Otras	0,4	0,1-1,5

**p<0,01

9.2. Determinantes sociales de la reducción de comportamiento infantiles negativos

De acuerdo con los resultados del análisis bivariado (Tabla 42), solo el nivel de estudios se asoció con el éxito del programa, que fue superior entre las personas con menor nivel de estudios (70,4%). Además, tanto para la edad como para el nivel de estudios se observó un gradiente.

TABLA 42: PUNTUACIONES Y PORCENTAJE DE MEJORA EN LA MEDIANA DE COMPORTAMIENTOS INFANTILES NEGATIVOS Y NÚMERO Y PORCENTAJE DE PARTICIPANTES QUE OBTIENEN MEJORAS POR ENCIMA DE LA MEDIANA. RESULTADO DEL ANÁLISIS BIVARIADO

	Diferencia de medianas (%)	N (%)
Sexo		
Mujer	1 (10)	90 (50,8)
Hombre	4 (40%)	17 (68,0)
Edad[†]		
Menos de 30	3,5 (35%)	25 (65,8)
30-35	1 (10%)	30 (56,6)
36-40	0 (0)	31 (51,7)
Más de 40	0 (0)	19 (38,8)
País de origen		
España	0 (0)	67 (54,5)
Otro país	1 (10)	39 (50,0)
Estado de convivencia		
Vive en pareja	1 (10)	88 (55,3)
No vive en pareja	1(10)	18 (42,9)
Nivel de estudios[†]		
Superiores	0 (0)	37 (48,7)
Secundarios	0 (0)	29 (46,0)
Sin estudios o estudios primarios	3 (30)	38 (70,4)*
Situación laboral		
En paro	1 (10)	38 (64,4)
Ocupado	0 (0)	39 (45,3)
Ama de casa	1 (10)	21 (51,2)
Otros	2 (20)	8 (57,1)

*p<0,05 (Test Chi cuadrado)/ † <0,05 (Test de tendencia)

En el análisis multivariado, como se observa en la Tabla 49, ninguna de las variables predictoras mostró una asociación estadísticamente significativa, si bien entre las personas con un nivel de estudios más bajo se observó una mayor efectividad aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Asimismo, se observó una tendencia significativa para la edad.

TABLA 43: FACTORES ASOCIADOS A LA REDUCCIÓN DE COMPORTAMIENTOS NEGATIVOS INFANTILES. ODDS RATIOS AJUSTADAS (ORA), INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% (IC95%) Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA.

	ORa	IC95%
Sexo		
Mujer	1,0	
Hombre	2,0	0,7-5,5
Edad		
Menos de 30	1,0	
30-35	0,9	0,3-2,7
36-40	0,8	0,3-2,4
Más de 40	0,4	0,1-1,2
País de origen		
España	1,0	
Otro país	0,7	0,1-0,4
Estado de convivencia		
Vive en pareja	1,0	
No vive en pareja	0,5	0,2-1,1
Nivel de estudios		
Superiores	1,0	
Secundarios	0,9	0,4-1,9
Sin estudios o primarios	2,2	0,9-5,6
Situación laboral		
En paro	1,0	
Ocupado	0,7	0,3-1,5
Ama de casa	0,6	0,2-1,5
Otras	0,5	0,2-2,0

9.3. Determinantes sociales de la reducción de estrés parental

El análisis bivariado mostró que el 80,0% de los hombres, el 69,0% de las personas menores de 30 años, el 70,2% de las personas con bajo nivel de estudios, el 64,6% de los desempleados y el 84,7% de las personas en otras situaciones laborales, redujeron el estrés por debajo de la mediana de forma significativa. Asimismo, tanto para la edad como para el nivel de estudios se observó un gradiente (Tabla 44).

TABLA 44: PUNTUACIONES Y PORCENTAJE DE MEJORA EN LA MEDIANA DE ESTRÉS PARENTAL Y NÚMERO Y PORCENTAJE PARTICIPANTES QUE OBTIENEN MEJORAS POR ENCIMA DE LA MEDIANA. RESULTADO DEL ANÁLISIS DE FRECUENCIAS Y BIVARIADO

	Diferencia de medianas (%)	N (%)
Sexo		
Mujer	4 (6,7)	90 (49,2)
Hombre	16 (26,7)	17 (80,0)**
Edad†		
Menos de 30	15 (25,0)	29 (69,0)*
30-35	4 (6,7)	29 (52,7)
36-40	3 (5,0)	35 (53,8)
Más de 40	3,5 (5,8)	19 (36,5)
País de origen		
España	4 (6,7)	71 (54,2)
Otro país	6,5 (10,8)	43 (51,2)
Estado de convivencia		
Vive en pareja	5 (8,3)	87 (52,7)
No vive en pareja	6 (10,0)	27 (53,1)
Nivel de estudios†		
Superiores	2 (3,3)	33 (41,7)
Secundarios	6 (10,0)	36 (52,9)
Sin estudios o estudios primarios	18 (30,0)	40 (70,2)**
Situación laboral		
En paro	10,97 (18,3)	42 (64,6)***
Ocupado	2 (3,3)	37 (41,6)
Ama de casa	5,5 (9,2)	21 (46,7)
Otros	5 (8,3)	13 (84,7)***

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 (Test Chi cuadrado) / † <0,01 (Test de tendencia)

El análisis multivariado confirmó los hallazgos anteriores, excepto para el caso de la edad. En la Tabla 45 se observa que los hombres tuvieron más probabilidad de reducir el estrés que las mujeres (ORa=3,6, IC95% = 1,2-11,2) y las personas con un nivel de estudios primario o sin estudios (ORa=3,2, IC95%= 1,2-8,6) que las de estudios medios o superiores. Además, la efectividad fue menor entre las personas que trabajan a tiempo completo como amas de casa, en comparación con las desempleadas (ORa=0,4, IC95%= 0,2-0,9). Finalmente, se observó una tendencia estadísticamente significativa para el nivel de estudios.

TABLA 45: FACTORES ASOCIADOS A LA REDUCCIÓN DE ESTRÉS PARENTAL. ODDS RATIOS AJUSTADAS (ORa), INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% (IC95%) Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA.

	ORa	IC95%
Sexo		
Mujer	1,0	
Hombre	3,6*	1,2-11,2
Edad		
Menos de 30	1,0	
30-35	1,4	0,5-4,1
36-40	1,4	0,5-3,9
Más de 40	0,5	0,2-1,5
País de origen		
España	1,0	
Otro país	0,8	0,4-1,5
Estado de convivencia		
Vive en pareja	1,0	
No vive en pareja	1,4	0,7-2,8
Nivel de estudios		
Superiores	1,0	
Secundarios	1,6	0,7-3,4
Sin estudios o primarios	3,2*	1,2-8,6
Situación laboral		
En paro	1,0	
Ocupado	0,6	0,3-1,2
Ama de casa	0,4*	0,2-0,9
Otras	3,1	0,6-16,7

*p<0,05;**p<0,01;***p<0,001

9.4. Determinantes sociales del aumento de apoyo social

El análisis bivariado identificó que la proporción de personas que aumentaron más los niveles de apoyo social fue significativa en las personas menores de 30 años (69,0%), las que no residen en pareja (73,5%) y las desempleadas (67,7%). Asimismo, se observó un gradiente para la variable edad (Tabla 46).

TABLA 46: PUNTUACIONES Y PORCENTAJE DE MEJORA EN LA MEDIANA DE COMPORTAMIENTOS INFANTILES NEGATIVOS Y NÚMERO Y PORCENTAJE DE PARTICIPANTES QUE OBTIENEN MEJORAS POR ENCIMA DE LA MEDIANA. RESULTADO DEL ANÁLISIS BIVARIADO

	Diferencia de medianas (%)	N (%)
Sexo		
Mujer	3 (7,5)	90 (4,7)
Hombre	14 (35,0)	16 (64,0)
Edad†		
Menos de 30	15 (37,5)	29 (69,0)*
30-35	4 (10,0)	29 (52,7)
36-40	3 (7,5)	25 (38,5)
Más de 40	3,5 (8,8)	22 (49,1)
País de origen		
España	3 (7,5)	63 (48,1)
Otro país	6 (15,0)	42 (50,0)
Estado de convivencia		
Vive en pareja	3,5 (8,8)	69 (41,8)
No vive en pareja	7 (17,5)	36 (73,5)***
Nivel de estudios		
Superiores	2 (5,0)	34 (43,0)
Secundarios	5 (12,5)	35 (51,5)
Sin estudios o estudios primarios	17 (42,5)	31 (54,4)
Situación laboral		
En paro	12 (30,0)	44 (67,7)**
Ocupado	2 (5,0)	34 (38,2)
Ama de casa	6,5 (16,3)	21 (46,7)
Otros	2,5 (6,3)	6 (40)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 (Test Chi cuadrado) / † <0,01 (Test de tendencia)

Estos hallazgos fueron reforzados por los resultados del análisis multivariado presentados en la Tabla 47. La efectividad fue superior en los más jóvenes y se observó un gradiente. Asimismo las personas que no vivían en pareja (ORa=3,6 IC95%= 1,6-7,6) tuvieron más probabilidad de aumentar los niveles de apoyo social que las que si lo hacían. Finalmente, los desempleados fueron también el grupo con mayor probabilidad de aumentar el apoyo social frente a los empleados (ORa=0,4, IC95%=0,2-0,9) y los pensionistas, prejubilados e incapacitados (ORa=0,2, IC95%=0,6-0,9).

TABLA 47: FACTORES ASOCIADOS AL AUMENTO DE APOYO SOCIAL. ODDS RATIOS AJUSTADAS (ORA), INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95% (IC95%) Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

	ORa	IC95%
Sexo		
Mujer	1,0	
Hombre	2,5	0,9-6,7
Edad		
Menos de 30	1,0	
30-35	0,5	0,2-1,6
36-40	0,3*	0,1-0,8
Más de 40	0,3*	0,1-0,9
País de origen		
España	1,0	
Otro país	0,8	0,4-1,6
Estado de convivencia		
Vive en pareja	1,0	
No vive en pareja	3,6**	1,6-7,6
Nivel de estudios		
Superiores	1,0	
Secundarios	1,0	0,5-2,3
Sin estudios o primarios	0,8	0,3-2
Situación laboral		
En paro	1,0	
Ocupado	0,4*	0,2-0,9
Ama de casa	0,5	0,2-1,2
Otras	0,2*	0,6-0,9

*p<0,05;**p<0,01

9.5. Discusión

Los resultados presentados en este capítulo sitúan el PHP como una intervención exitosa en la mejora de las habilidades parentales y el apoyo social, y en la reducción de estrés parental y los comportamientos infantiles negativos para todos los grupos poblacionales, siendo más beneficiados en diversos casos los grupos más vulnerables.

De acuerdo con esto, las personas con un bajo nivel de estudios fueron las que más aumentaron las habilidades parentales y más redujeron el estrés parental. Las desempleadas las que más disminuyeron el estrés parental e incrementaron el apoyo social. Las personas más jóvenes y las familias monoparentales aumentaron

más el apoyo social. Y finalmente, los hombres fueron los que más disminuyeron el estrés parental.

Diversos estudios señalan las situaciones de vulnerabilidad (Ceballo y McLoyd, 2002), ya sea laboral (desempleados o tareas del hogar) (Ayala-Nunes, Lemos y Nunes, 2013; Bacikova-Sleskova, Madarasova Geckova, van Dijk, Groothoff y Reijneveld, 2011) u otras situaciones de riesgo entre las que se incluye los niveles de estudios bajos (Anderson, 2009; Raikes y Thompson, 2005), pertenecer a una etnia minoritaria (Salgado de Snyder, Cervantes y Padilla, 1990) o ser responsable de una familia monoparental (Olhaberry y Farkas, 2012.), como determinantes de un alto nivel estrés parental, peores comportamientos infantiles, empleo de estilos parentales punitivos y bajas percepciones de apoyo social. Sin embargo, por lo que nosotros sabemos, este es el primer estudio nacional que identifica que las situaciones de vulnerabilidad se asocian a una mayor efectividad de una intervención promotora de la parentalidad positiva (Vázquez, Ramos, Molina y Artazcoz, 2015).

A nivel internacional la mayoría de estudios, algunos de ellos metanálisis, (Almeida et al., 2012; Lundalh et al., 2006; Reyno and McGrath, 2006) identifican que las familias más vulnerables son las que peores resultados obtienen en este tipo de intervenciones. Whittaker y Cowley (2012) señalan que para algunos progenitores una barrera para participar en estos programas fue el considerar que iban a asistir progenitores con más formación que ellos. Lavigne et al. (2010) plantearon que este perfil de participantes fueron los que menos completaron la intervención. Sin embargo, pese a este patrón general, se identifica un aumento en el número de estudios evaluativos de programas de educación parental que señalan iguales (Gardner et al., 2010; McGilloway et al., 2012; Menting, Orobio de Castro y Matthys, 2013) o mejores resultados (Beauchaine, Webster-Stratton y Reid, 2005) en las familias más vulnerables. Estas divergencias pueden ser explicadas por diversos motivos.

Buena parte de las investigaciones de evaluación de programas de educación parental se centran en poblaciones con menor heterogeneidad en cuanto al nivel de estudios, la situación de desempleo o la edad (Beauchaine et al., 2005) que el nuestro. Los progenitores derivados de servicios sociales, los padres/madres con problemas de conducta o incluso con trastornos significativos, son los que acostumbran a formar parte de estos programas. Conformar grupos con niveles de riesgo y vulnerabilidad diversos ha sido asociado con una mayor efectividad en las familias más vulnerables (Baydar, Reid y Webster-Stratton, 2003). Promover dichos programas desde servicios públicos, y haciendo especial énfasis en la captación y consolidación de la participación de los diferentes tipos de familias, puede explicar

los iguales o mejores resultados de las familias más vulnerables (Gardner et al., 2009). Estos aspectos son congruentes con la cercanía de los dinamizadores del PHP, los espacios de acogida tanto para padres y madres como niños/as, así como el hecho que el PHP sea promovido por una institución pública de la ciudad de Barcelona. Todos estos aspectos han contribuido a disponer de un grupo de participantes del PHP heterogéneo en cuanto a los niveles de vulnerabilidad.

Asimismo, la forma diferente de categorizar una misma variable representa una dificultad a la hora de comparar los resultados. En esta investigación se empleó el nivel de estudios directamente como referencia y fue dividido en tres categorías o niveles. Sin embargo, otros estudios que obtienen peores niveles de efectividad en las familias más vulnerables, dicotomizaron las familias entre nivel de estudios secundarios o no (Fossum et al., 2009) lo que reduce la precisión. Igualmente, si bien emplear el nivel de estudios como referencia de la variable PSE es común y correcto, comparar investigaciones donde el nivel de estudios no es la única variable utilizada para describir la PSE (Lundal et al., 2006), con investigaciones, que como la nuestra si lo hacen, puede mostrar divergencias (Reyno y McGrath, 2006). Otros estudios incluyeron la situación de desempleo, combinada con el nivel de ingresos, dentro de la categoría de PSE (Almeida et al., 2012), lo que dificulta su comparación con otros estudios.

En cuanto a las diferencias de género, son escasos los estudios que analizan este tipo de diferencias en los resultados de intervenciones de educación parental. Además, los resultados en ocasiones son analizados en el marco de un conglomerado de variables, que incluyen el sexo, para conformar un perfil de riesgo (Dumas et al., 2011). Tan sólo encontramos algunos hallazgos en programas específicos dirigidos a padres y madres de niños/as con trastornos mentales (Bendixen et al., 2011). Este aspecto puede ser debido a que muchos de los estudios sobre efectividad de intervenciones parentales plantean como limitación contar con tan sólo mujeres en su muestra, o con un escaso número de hombres (Lucia y Dumas, 2013).

Más allá de los mecanismos, identificados a través de las divergencias entre estudios, que explican los mejores resultados en las poblaciones más vulnerables, a continuación señalamos otros mecanismos que pueden ayudar a comprender los motivos de esta ventaja de los colectivos de riesgo y con peor punto de partida.

Los mejores resultados de los hombres en la reducción de estrés parental, pueden ser explicados porque, dado que culturalmente se asume que son las madres las encargadas del cuidado, éstas reciben con frecuencia en su vida cotidiana recomendaciones y estrategias sobre el ejercicio del rol parental. Los hombres, sin

embargo, podrían recibir las recomendaciones del PHP como algo nuevo y potencialmente útil para resolver sus inquietudes sobre la parentalidad. Por otro lado, podría existir un sesgo de selección en estos hombres, probablemente más motivados por ser buenos padres, ya que acuden a este programa y se mantienen hasta el final un número más reducido que el inicial. Dardas y Ahmad (2014) recogen que el estrés de los progenitores masculinos puede provenir, entre otras causas, de la falta de planificación de los servicios para implicarlos en la crianza. Estos resultados remarcan la importancia de dirigir el PHP no solo a las mujeres sino también a los hombres.

Existe un vacío en cuanto a estudios que evalúen la edad del progenitor como un predictor de éxito del aumento de apoyo social, tras la participación en programas de educación parental después de los dos años de vida. Sin embargo, encontramos estudios que confirman que las madres más jóvenes son las que más apoyo social perciben en los primeros meses de vida de su hijo/a (Bornstein, Putnick, Suwalsky y Gini, 2006) a través de intervenciones de soporte parental. Las madres más jóvenes, muchas de ellas primerizas, suelen ser la población diana de estas intervenciones (Trillingsgaard, Maimburg y Simonsen, 2015), ya que en su transición a la parentalidad necesitan del apoyo (Leahy-Warren, McCarthy y Corcoran, 2012) que estas sesiones acostumbran a ofrecer. Los hallazgos de nuestro estudio mostraron que las madres más jóvenes fueron las que más aumentaron sus niveles de apoyo social. Esto puede ser explicado porque, del mismo modo que en la primera etapa infantil las madres más jóvenes son las que mejoran más, se puede esperar que también lo hagan en otras etapas de la crianza. Probablemente, las madres jóvenes son las más necesitadas de apoyo y el PHP lo proporciona. El apoyo recibido de otros grupos de iguales, de los dinamizadores o de los propios contenidos del programa es esperado que resulte más novedoso e impactante para aquellas madres jóvenes que inician su transición a la maternidad, que para aquellas que han tenido hijos/as anteriormente, y que han podido disponer de espacios similares.

Por lo que respecta a la monoparentalidad, Byrne (2010) la identifica, a través de la variable estado civil, como un predictor del aumento de apoyo formal para la resolución de problemas personales. Estos resultados son consistentes con los mayores cambios en apoyo social identificados en nuestro estudio para los progenitores que no residen en pareja, y por tanto considerados como familias monoparentales. Esto puede ser debido a que las familias monoparentales, o que no residen en pareja, acostumbran a sentir una mayor soledad y aislamiento (Landeró Hernández y González Ramírez, 2011), también a la hora de hacerse cargo del cuidado de los hijos/as. Por tanto, la participación en el programa supone

un cambio más significativo en el apoyo social que para otras personas que ya tienen otras fuentes de apoyo.

Con todo lo expuesto, concluimos que este estudio da respuesta a la recomendación de Morrison et al., (2014) de evaluar intervenciones de carácter universal analizando las diferencias de acuerdo a los ejes de desigualdad en salud, y sitúa al PHP como un programa exitoso en la reducción de desigualdes sociales en salud.

Capítulo 10- Discusión, limitaciones, fortalezas, conclusiones y recomendaciones

*La utopía está en el horizonte.
Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos
y el horizonte se corre diez pasos más allá.
¿Entonces para que sirve la utopía?
Para eso, sirve para caminar.*
Eduardo Galeano

Este capítulo representa el cierre de la investigación presentada hasta el momento, así como el punto de partida para estudios futuros. Es por ello que a continuación se presentan, en primer lugar las principales aportaciones del estudio contrastadas con los hallazgos de otros autores. Si bien los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos ya han sido contrastados con las aportaciones de otros autores, en este apartado queremos recoger las principales contribuciones globales. Se reflexiona por tanto, sobre la consecución del objetivo general: evaluar la efectividad del PHP. En segundo lugar, se identifican las limitaciones y fortalezas del estudio. En tercer lugar, se recogen las principales conclusiones de la investigación. Finalmente se concluye con las recomendaciones que permiten apuntar hacia el futuro

10.1. Discusión

Los principales hallazgos de este estudio son: 1) la confirmación de la efectividad del PHP en la mejora de las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social de forma inmediata y mantenidos con el paso del tiempo y 2) la identificación de que estas mejoras se dan en todos los grupos poblacionales, especialmente en los más vulnerables.

Numerosos estudios sobre la efectividad de las intervenciones en promoción de la salud analizan los resultados solo a corto plazo (Nation et al., 2003). Sin embargo,

se ha señalado que muchas intervenciones de promoción de la salud no mantienen, o incluso pierden algo su efectividad a medio o largo plazo, definido este plazo habitualmente como seis meses o más después de la intervención (Glasgow, Kesges, Dzewaltowski, Bull y Estabrooks, 2004). Además, Kaminski et al. (2008) recomiendan incorporar también los resultados al cabo de seis meses, porque de otra manera no se apreciarían cambios en las conductas que requieren del paso tiempo para producirse.

Si focalizamos en los programas de educación parental, un elevado número de estudios han confirmado su efectividad a corto plazo (Kaminski et al., 2004), sin embargo existen muchos menos estudios que confirmen si los efectos son mantenidos con el paso del tiempo. Barlow et al. (2012), en una revisión sistemática realizada en 2012, señalan la escasez de estudios que evalúan el mantenimiento de los cambios de la salud psicosocial parental producidos por programas de educación parental. Tanto en una revisión de 2015 (Smedler, Hjern, Wiklund, Anttila y Petterson, 2015), como también en una de 2010 (Barlow et al., 2010), se señala una situación semejante para los efectos sobre niños/as. En ambos casos, se recomienda incluir en la evaluación de los programas de educación parental, la recogida de información sobre los efectos al menos seis meses después de finalizar la intervención.

Este estudio da respuesta a este déficit, ya que confirma que el PHP incidió sobre las habilidades parentales, los comportamientos infantiles, el estrés parental y el apoyo social generando cambios significativos positivos, no sólo de forma inmediata, sino también pasados seis meses del fin de la intervención.

La ligera reducción del impacto de la intervención que muestran nuestros resultados, en comparación con los resultados obtenidos inmediatamente después de la intervención, es congruente con otros hallazgos en intervenciones de salud pública que abordan actitudes, comportamientos y conocimientos (Baumann, Toft, Aadahl, Jørgensen y Pisinger, 2015; Groeneveld, Proper, van der Beek, Hildebrandt y van Mechelen, 2011) y más específicamente programas parentales (Smedler et al., 2015). Estas leves diferencias entre los efectos analizados en el primer objetivo y el segundo, pueden ser debidas a la pérdida de muestra que se da en el segundo caso, que si bien no muestra un perfil sociodemográfico muy diferente, sí que es más reducida de lo recomendable (Dettori, 2011). Sin embargo, es importante resaltar que se mantuvieron diferencias estadísticamente significativas en todos

los indicadores analizados al cabo de seis meses, en comparación con la situación basal.

El gran reto en estas situaciones suele ser acabar con las barreras que surgen con el paso del tiempo que contribuyen al retorno a las conductas anteriores (Pritchett, Foreyt y Mann, 2005), en este caso a las prácticas parentales previas a la intervención. Este estudio apunta a que algunas de estas barreras han surgido con el paso del tiempo, sin embargo, se considera un éxito que estas barreras no hayan implicado un retorno a la situación pre-intervención, puesto que las mejoras siguen siendo significativas pasados seis meses.

Otra de las grandes aportaciones de este estudio es que analiza el efecto de la intervención no solo sobre las habilidades parentales, sino también sobre otros indicadores asociados a la parentalidad positiva, como el estrés parental, el apoyo social y las conductas infantiles. Diversos estudios de evaluación de intervenciones de educación parental (Arkan et al., 2013; Barlow et al., 2012; Kane et al, 2007; Rodríguez et al., 2015) examinan las mejoras en alguna de estas variables, pero son pocos los estudios que evalúan los efectos simultáneamente en otros dominios (Almeida et al, 2012; Leung et al., 2013; Marcynyscyn et al. 2011; McEachern et al., 2013). En nuestro entorno más próximo, se identifican algunas investigaciones de programas parentales que incorporan la evaluación de más de uno de los aspectos relacionados con la construcción de la crianza positiva (Byrne, 2010), pero la mayoría de ellos se centran tan sólo en los cambios en las competencias parentales (Amorós et al.2013; Martínez et al., 2010; Martínez-Muñoz, 2015).

Seguidamente, la otra gran aportación de este estudio es que identifica que el PHP consiguió mejoras en las cuatros variables para los diferentes grupos poblacionales. Los grupos más vulnerables obtuvieron iguales, o incluso en algunos casos mejores resultados finales. Esto se considera particularmente importante, ya que hasta ahora la mayoría de estudios observaban que las familias más vulnerables eran las que menos se beneficiaban, y peores resultados obtenían tras la participación en intervenciones similares (Lundalh et al., 2006; Reyno y McGrath, 2006). En los últimos años cada vez más estudios son congruentes con nuestros hallazgos, puesto que muestran igual o mayor beneficio entre las familias más vulnerables (Gardner et al., 2010; Leijten et al., 2015).

Es importante reflexionar sobre los motivos de estas inconsistencias. Pese a las crecientes recomendaciones para disponer de programas de carácter universal, y con perspectivas de salud pública que permitan introducir la mirada de los determinantes sociales en salud (Morrison et al., 2014; Sanders, 2008; Ulfsdotter,

Enebrink, y Lindberg, 2014), la mayor parte de la evidencia proviene de evaluaciones de programas orientados únicamente a poblaciones específicas y donde, en general, sólo participan los grupos vulnerables. En este sentido, se recomienda hacer especial énfasis en la captación y consolidación de la participación de familias diversas, que asegure una mayor heterogeneidad en cuanto a niveles de vulnerabilidad (Gardner et al., 2009), ya que se han mostrado evidencias de que las familias de mayor riesgo se benefician más en grupos más heterogéneos, probablemente porque ven que “otro mundo es posible” (Baydar et al, 2003). Además, de forma habitual escasea el número de participantes masculinos (Lucia y Dumas, 2013) y es conocido que padres y madres no se comportan de igual modo ante un programa de educación parental (Dardas y Ahmad, 2014). Asimismo, en ocasiones algunas discordancias con otros estudios derivan de la dificultad de comparar las variables predictoras debido a la diferente categorización de las mismas (Dumas et al., 2011). Así por ejemplo, no es lo mismo una persona soltera que una persona que no vive en pareja.

10.2. Limitaciones y fortalezas

Una de las limitaciones deriva de la dificultad de aplicar un diseño aleatorizado con grupo control. Se compararon resultados antes y después de realizar la intervención sin grupo control de comparación. Este diseño fue empleado debido a que es ampliamente utilizado para evaluar la efectividad de programas en los que la aleatorización es muy difícil. Además, algunos autores (Stewart-Brown et al., 2011) consideran que si un programa ha sido desarrollado cumpliendo los estándares recomendados, muestra cambios en situaciones no controladas y dispone de un análisis cualitativo, no es preciso un estudio de control aleatorio. Pese a ello, esto es considerado como una limitación dado que no podemos asumir que los cambios detectados sean atribuidos totalmente a la intervención, ya que no controlamos otros aspectos que podrían ser responsables de los mismos.

Otra limitación es la falta de datos respecto a la relación entre la dosis de la intervención y los efectos de la misma. Si bien hemos podido extraer conclusiones sobre el perfil de las personas que abandonaron la intervención antes de finalizar, no hemos podido extraer conclusiones respecto a si los participantes que, pese a participar de la intervención asisten a menos sesiones, tuvieron iguales, mejores o peores resultados que los que asistieron a más sesiones. En este sentido tampoco hemos podido analizar información sobre si los aspectos relacionados con la implementación del programa (formación del profesional, existencia de guardería,

versión corta o larga del programa, entre otras) generaron un efecto diferente en las variables dependientes. En la actualidad se está iniciando una tesis que pretende analizar si la aplicación del programa en el contexto de salud mental genera efectos similares.

No disponer desde el principio de un instrumento de evaluación de habilidades parentales validado, es otra de las debilidades del estudio. Si bien el cuestionario inicial había sido diseñado *ad hoc* para el programa, y en otros territorios del estado se había utilizado, no se había validado y en nuestro contexto mostró limitaciones. Este hecho hizo que la investigación se iniciara con la adaptación, reducción y validación del instrumento a nuestro contexto, lo que generó que la recogida de datos se pospusiera. Debemos destacar sin embargo, que esto representó finalmente una oportunidad de mejora durante la investigación actual pero también la futura, ya que el nuevo cuestionario recibió y recibe mucha mejor acogida y podrá ser empleado en otros estudios.

Finalmente, debemos destacar como limitación la pérdida de un notable número de participantes en la evaluación pasados seis meses de la intervención. Las principales causas apuntan a una dificultad de volver a contactar con las familias con el paso del tiempo. Esto se relaciona, en buena parte, con el hecho de que la decisión de evaluar al cabo de seis meses no se tomó al principio del estudio, y por tanto los profesionales no establecieron estrategias desde el principio para facilitar el contacto con los participantes pasados seis meses. En la fase de seguimiento se dio una disminución significativa de los hombres entre el final de la intervención y la muestra a los seis meses. Además también a lo largo del seguimiento hubo una reducción de las personas con estudios medios.

En el caso del género, se podrían haber sobreestimado los resultados al cabo de seis meses en los hombres ya que es probable que los hombres que permanecieron en el estudio estuvieran más comprometidos y dispuestos al cambio en la crianza. Por otro lado, el resultado a los seis meses es coherente con el obtenido inmediatamente después de finalizar la intervención. En cuanto al nivel de estudios, nuestro principal hallazgo es el mejor resultado entre las personas de menos nivel de estudios, en las que no se observa una pérdida significativa de personas. Por otro lado, se analizaron los resultados estratificando por el nivel de estudios y en los tres niveles se observaron mejoras, aunque no fueron estadísticamente significativas en el nivel de estudios medio. Por tanto, no parece probable que las pérdidas observadas en el seguimiento hayan sesgado los resultados de manera significativa.

La recogida de información no solo inmediatamente después de la intervención, sino también al cabo de seis meses, también representa una de las mayores fortalezas, aunque con las limitaciones ya mencionadas. Esto es innovador en nuestro entorno y fuertemente recomendado. De hecho, los estudios más recientes plantean que las investigaciones futuras deben considerar como prioridad disponer de datos a partir de seis meses después de la finalización de la intervención (Smedler et al., 2015). Por otro lado, este estudio está precedido por un estudio de evaluación piloto del PHP donde se evaluaba el diseño y la implementación del programa, así como los resultados preliminares en habilidades parentales (Ramos, Vázquez, Artazcoz y Pasarín, 2015). En este pilotaje se resaltó la necesidad de realizar una evaluación de efectividad del programa, aumentando la muestra, introduciendo nuevas variables resultado y predictoras, e incorporando la perspectiva de las desigualdades sociales en salud. Esto es considerado una importante fortaleza.

Igualmente es destacable como fortaleza el elevado porcentaje de padres y madres que finalizó. El mantenimiento de la participación al 84% es mucho mayor que el observado en revisiones sistemáticas de programas de educación parental (Barlow et al. 2010) y equiparable a otras experiencias que fueron destacadas como exitosas por su alta participación (Hutchings et al. 2007). Es importante resaltar también el alto número de hombres que participaron, aunque mucho menor que el de mujeres, en comparación con otros estudios.

Asimismo, otro de los puntos fuertes fue la integración de perspectivas, tanto a nivel metodológico como de disciplinas. En primer lugar, este es un estudio inédito en nuestro país en cuanto a la integración de las perspectivas socioeducativas y de salud pública para evaluar un programa promotor de la parentalidad positiva. La perspectiva de salud pública en este tipo de programas no es común en nuestro país, aunque está fuertemente recomendado (Morrison et al., 2014; Sanders, 2008; Ulfsdotter, Enebrink y Lindberg, 2014). A nivel nacional se identifica que el ámbito de la salud puede jugar un papel importante en la promoción de programas grupales de educación parental (Rodrigo et al., 2010b). Igualmente, esta investigación refuerza los escasos estudios previos (McGilloway et al. 2012), que incorporan en su evaluación la perspectiva de los efectos de programas comunitarios implementados en condiciones reales, sobre la reducción de desigualdades sociales en salud en la infancia.

Además, este estudio también es inédito en cuanto a la combinación de una metodología cuantitativa nutrida de la experiencia de la investigadora en el ámbito de la salud pública y la epidemiología, y la metodología cualitativa derivada de la experiencia en el ámbito socioeducativo. El empleo de modelos de regresión logística para identificar predictores de éxito es común en salud pública, pero no en el ámbito socioeducativo. Asimismo, la triangulación de los datos cuantitativos surgidos del análisis bivariado, con los resultados surgidos del análisis cualitativo de contenido, no es algo común, aunque si recomendado como hemos visto anteriormente. Muy frecuentemente el análisis cualitativo se emplea para identificar fortalezas y debilidades del proceso de diseño e implementación, o para mostrar únicamente los efectos de la intervención a nivel cualitativo. Esta integración, por tanto, representa una fortaleza, ya que permite aglutinar los aspectos metodológicos positivos de ambas disciplinas, algo relevante en una intervención socioeducativa promovida desde el ámbito de la salud pública.

10.3. Conclusiones

Hasta el momento los resultados del pilotaje del programa habían identificado efectos preliminares positivos de éste sobre las habilidades parentales. Sin embargo, estos efectos tan solo se habían comprobado para un pequeño número de participantes y de forma inmediata, y en ningún caso, para otras variables relacionadas con la parentalidad positiva, ni observando los predictores de éxito.

Las principales conclusiones de esta tesis se relacionan directamente con el objetivo general y los tres objetivos específicos que dan respuesta a esta situación inicial.

Esta tesis confirma que el PHP es un programa socioeducativo parental efectivo en la promoción de la parentalidad positiva y la salud familiar de forma equitativa. Esto se concreta en las tres grandes aportaciones del estudio.

En primer lugar, el programa genera efectos inmediatos no sólo en aspectos trabajados directamente por la intervención (habilidades parentales), sino en otros relacionados con la construcción de la parentalidad positiva y el bienestar familiar (apoyo social, estrés parental y comportamientos infantiles). En segundo lugar, estos efectos positivos de la intervención sobre los cuatro indicadores señalados, son mantenidos con el paso del tiempo, sin registrar una vuelta a la situación anterior a la intervención.

De acuerdo con esto, el PHP mejora la capacidad de padres y madres de:

- Comprender y dar respuesta a las necesidades de sus hijos/as, de aumentar la autoestima familiar y de mejorar las habilidades para anticiparse a los conflictos, resolverlos y regular el comportamiento, todo ellos desde la empatía y la asertividad.
- Aumentar la capacidad de los padres de comprender las situaciones que les generan estrés en la crianza y de aplicar estrategias para manejar y evitar dicho estrés y sus consecuencias.
- Superar su percepción de soledad en la crianza, con la ayuda del grupo de iguales, los dinamizadores, el apoyo de la comunidad tanto en el momento de desarrollo del PHP, como tras su finalización.
- Identificar mejoras de la implicación de los niños/as en las rutinas familiares, la obediencia, la capacidad de expresarse y la comprensión de los aspectos que les enrabian o entristecen.

En tercer lugar, el programa es efectivo tanto para los padres y madres pertenecientes a grupos sociales más vulnerables y que presentaron peores niveles pre-intervención, como los menos vulnerables y con mejores niveles antes de la intervención. Algunos de los grupos más vulnerables, como es el caso de las personas de niveles de estudios inferiores, las desempleadas, las familias monoparentales o las más jóvenes obtuvieron mejoras superiores a los menos vulnerables.

Por tanto, se corrobora que esta intervención socioeducativa genera efectos positivos, y lo hace de forma duradera y equitativa en los diferentes grupos sociales. El PHP no sólo es efectivo en la promoción de la parentalidad positiva, sino que permite superar las barreras sociales que sitúan a algunos grupos poblacionales en una mayor vulnerabilidad inicial, que queda sobrepasada tras la participación en la intervención. Por consiguiente, se confirma la efectividad del PHP perseguida por el objetivo general.

Este estudio representa una devolución para todos los agentes implicados. La ASPB, en tanto que gestora del programa, pero también los profesionales encargados de mejorar el diseño, la implementación y la evaluación, así como las familias beneficiarias. Los resultados de este estudio son compartidos con cada uno de estos agentes con diferentes pretensiones. Para la ASPB este estudio representa una oportunidad para confirmar y difundir la efectividad de uno de los programas presentes en su cartera de servicios, y por tanto a consolidarlo como una intervención exitosa. Asimismo, se pretende que esta institución haga uso de

las recomendaciones surgidas de éste, para fomentar que los profesionales las incorporen en su labor diaria como técnicos o dinamizadores. Para los profesionales dinamizadores en general, y para la “*Xarxa d’habilitats parentals de Barcelona*” en concreto, representa una oportunidad para confirmar el buen trabajo realizado, en tanto que efectivo y valorado positivamente por las familias. Y finalmente, en el caso de las familias, este estudio permite corroborar que han incorporado cambios para contribuir a desarrollar una crianza positiva, y que son conscientes de que disponen de servicios de apoyo para esta materia en su comunidad.

Finalmente, queremos resaltar que una de las recomendaciones de la OMS es que instituciones y profesionales promuevan intervenciones en la primera infancia para asegurar un buen desarrollo físico, psicológico y social (Marmot, Allen, Bell, Bloomer y Goldblatt, 2012). Este estudio permite confirmar que el PHP está trabajando en este sentido, ya que los resultados pre-intervención de las cuatro variables relacionadas con la parentalidad positiva permiten identificar entornos familiares más vulnerables que otros. Estas desigualdades quedan superadas tras la participación en el programa, conformándose entonces, entornos familiares con niveles de las cuatro variables relacionadas con la parentalidad positiva similares para todos los grupos sociales.

10.4. Recomendaciones

A continuación se proponen recomendaciones para las políticas, la implementación de intervenciones de promoción de las habilidades parentales y la investigación, todas ellas surgidas de los hallazgos de este estudio.

10.4.1. Políticas

Se considera importante la promoción de las intervenciones de promoción de la parentalidad positiva. La existencia de problemas económicos, más frecuentemente presente entre las personas de clases desfavorecidas y con un enorme incremento con la crisis económica, aumenta el estrés parental, las malas conductas en los hijos e hijas y los conflictos en la familia. Se deberían impulsar intervenciones como la aquí presentada, que ha mostrado su efectividad, para reducir estas situaciones.

Asimismo, resulta importante el desarrollo de políticas que aborden las desigualdades de género en la crianza. El pequeño número de hombres que participaron en las sesiones del PHP, no es más que un reflejo de la división sexual

del trabajo que atribuye a las mujeres la responsabilidad del cuidado de las personas en la familia. Esto contribuye a las desigualdades de género en la sociedad en general, y en la salud en particular. Por tanto, las políticas de igualdad, además de impulsar cambios en el mercado de trabajo y en la división sexual de los roles en la familia, deberían contemplar impulsar la implementación de intervenciones de parentalidad positiva, poniendo énfasis en la captación de hombres.

Finalmente, resulta importante que este tipo de programas sean promovidos desde organismos públicos y de forma universal. Como hemos visto en el caso del PHP, éste se ha situado impulsado, no sólo como una estrategia más de la cartera de servicios de la ASPB, sino como parte de los servicios gratuitos territoriales de las diferentes instituciones implicadas. Esto permite que no exista una barrera de coste económica para la participación de las familias, que los profesionales puedan desarrollarlo dentro de su horario de trabajo, y por tanto que se consolide el servicio de apoyo socioeducativo a las familias, como un servicio en la comunidad.

10.4.2. Implementación de la intervención

Resulta importante incorporar estrategias que aseguren que los colectivos que más acostumbran a abandonar, participen de igual modo que el resto en las diferentes fases del programa. Entre estas estrategias podemos referirnos a aquellas que tienen que ver con la acogida de los participantes, como por ejemplo disponer de espacio de cuidado para los niños/as, desayuno, facilitar el transporte, entre otros aspectos. Pero también, a la adaptación sociocultural de los contenidos. Así por ejemplo, deben evitarse ejemplos donde se culpabilice, o donde esté ausente el papel del hombre. Finalmente, conviene remarcar que son especialmente importantes las estrategias para asegurar una buena participación pasados seis meses de la intervención. Así por ejemplo, pueden ser buenas opciones, enviar una carta de convocatoria a los seis meses, personalizada y recordando los buenos momentos en las sesiones, o bien que otros padres o madres participantes en ediciones anteriores sean los encargados de hacer la primera presentación de este tipo de programas.

Las buenas prácticas de los dinamizadores en la implementación resultan indispensables. Estas buenas prácticas se conforman por una adecuada formación en relación a los contenidos de la intervención, pero también disponer de experiencia en trabajo con grupos y con familias. Asimismo, el trabajo

intersectorial, en equipo y el generar espacios de intercambio profesional son parte de estas buenas prácticas. La cohesión entre el equipo de dinamizadores, la conexión entre los profesionales de las diferentes disciplinas en la comunidad, así como el participar de espacios como la *Xarxad'habilitatsparentals de Barcelona*, son valorados como positivos para la mejora de este tipo de programas y el impacto más allá de los efectos esperados.

Finalmente, es conveniente que la implementación sea intersectorial y tenga en cuenta los vínculos comunitarios, tanto de los profesionales como de las familias. El trabajo conjunto entre servicios y el conocimiento de los profesionales de la comunidad ha sido identificado en el PHP como favorable para el apoyo holístico, las derivaciones de los participantes y el cambio de mirada de éstos hacia algunas instituciones y profesionales de la comunidad.

10.4.3. Investigación

En cuanto a las recomendaciones a futuras investigaciones se considera importante realizar estudios evaluativos donde se pueda contar con un grupo control de comparación, y se puedan aleatorizar a los participantes. Esto permitirá que la probabilidad de atribuir los efectos la intervención sea mayor.

También resulta importante realizar una recogida intensa de los factores de implementación que pueden actuar como modificadores del efecto. Así por ejemplo, es conveniente recoger si la participación en un mayor número de sesiones implica una potenciación de los efectos, o por el contrario la baja participación los disminuye. Sería también recomendable analizar el papel que juega el dinamizador en la modificación de los efectos.

Asimismo, resultaría conveniente analizar si los efectos se mantienen a largo plazo (un año o más), o si se producen efectos en variables dependientes que implican un cambio a muy largo plazo como puede ser el rendimiento académico, el embarazo adolescente o la situación laboral.

Finalmente se recomienda realizar estudios con muestras muchos más grandes que permitan examinar mejor los determinantes de la efectividad.

Chapter 10- Discussion, limitations, strenghts, conclusions and recomendations

*Utopia is on the horizon.
If I walk two steps, she moves two steps away
and the horizon runs ten steps further.
Then, why is the utopia helpful?
For that, it help us to walk.*
Eduardo Galeano

This chapter represents the closure of the research presented in this thesis, and the starting point for future study. Firstly, we present the main contributions of the study compared with findings from other authors. Whilst the results obtained for each of the objectives have been previously contrasted, in this section the principal global contributions are described, and the achievement of the general objective: evaluation of the effectiveness of the PSP, commented on. Secondly, the strengths and weaknesses of the study are identified. Thirdly, the principle conclusions from the research are presented. Finally, recommendations for future investigation are provided.

10.1. Discussion

The principal findings of this study are: 1) confirmation of the effectiveness of the PSP in the improvement of parenting skills, children's behavior, parental stress, and social support both immediate and long term; and 2) identification that such improvements can be found in all population groups, particularly the most vulnerable.

A considerable number of studies have analyzed the effectiveness of health promotion interventions only at short term (Nation et al., 2003). Nevertheless, it has been reported that many such interventions do not maintain, and even lose, some of their effectiveness at medium or long term, the latter being usually defined

as six months or more post-intervention (Glasgow, Kesges, Dzewaltowski, Bull, & Estabrooks, 2004). Moreover, Kaminski et al. (2008) recommend the incorporation of the results at six months so that changes in behavior that require time may be appreciated.

If we focus on parental education programs it can be seen that a large number of studies have confirmed their effectiveness at short term (Kaminski et al., 2004). In contrast, there are considerably fewer studies confirming whether the effects are maintained over time. Barlow et al. (2012) in a systematic review indicated the scarcity of studies that evaluated the maintenance of the changes in psychosocial parental health produced by parental educational programs. In both a 2010 (Barlow et al., 2010) and a 2015 (Smedler, Hjern, Wiklund, Anttila, & Petterson, 2015) review a similar situation was described for the effects in children. The two reviews recommended the inclusion in the parental educational programs of an evaluation at least six months post-intervention.

The thesis presented here is a response to such a lack as it confirms that the PSP influences parenting skills, children's behavior, parental stress, and social support by generating significantly positive changes, not only immediately but also at six months post-intervention.

The minor reduction in the program's impact at six months, in comparison with the results obtained immediately after the intervention, is in agreement with other findings from public health initiatives that deal with attitudes, behavior, and knowledge (Baumann, Toft, Aadahl, Jørgensen, & Pisinger, 2015; Groeneveld, Proper, van der Beek, Hildebrandt, & Van Mechelen, 2011) and specifically with parental programs (Smedler et al., 2015). The slight discrepancy between the analyzed effects could be due to sample loss in the follow-up: whilst the socio-demographic profile did not differ considerably it was, however, smaller than that recommended (Dettori, 2011). Nevertheless, it is noteworthy that statistically significant differences were maintained in all the variables analyzed at six months compared to baseline.

The main challenge in such situations is to overcome the barriers that arise with the passing of time and lead to a recurrence of previous conduct (Pritchett, Foreyt, & Mann, 2005) which, in our case, refers to parental behavior prior to the intervention. Our findings indicate that some of these obstacles did appear, nevertheless, we consider the fact that they did not represent a return to pre-

intervention values to be a success given that the improvements continued to be significant after six months follow-up.

Another major contribution of this study is that it analyzes the effect of the intervention not only on parenting skills but also on other indicators: parental stress, social support, and children's behavior. A number of studies evaluating parental educational interventions (Arkan et al., 2013; Barlow et al., 2012; Kane et al., 2007; Rodríguez et al., 2015) have examined the improvements in some of these variables but few have simultaneously evaluated them in other domains (Almeida et al., 2012; Leung et al., 2013; Marcynyszyn et al., 2011; McEachern et al., 2013). In our immediate surroundings some research into parenting programs incorporating one or more of the aspects related to the construction of positive child rearing (Byrne, 2010) has been carried out, most of it, however, is solely focused on changes in parenting skills (Amorós et al., 2013; Martínez et al., 2010; Martínez-Muñoz, 2015).

Furthermore, a notable finding from this research has been the fact that it has shown that the PSP achieved improvements in the four variables for the different population groups participating: the most vulnerable obtaining the same, and at times even better, final results than the other collectives. A result that is particularly relevant as authors have largely reported that the most vulnerable families benefit the least and obtain the worst results after taking part in similar interventions (Lundahl et al., 2006; Reyno, & McGrath, 2006). Nevertheless, and in agreement with our results, an increasing number of studies in recent years have described that the most vulnerable families benefit the same or more from such interventions (Gardner et al., 2010; Leijten et al., 2015).

It is necessary to reflect on the reasons for such inconsistencies. In spite of the growing recommendations to make available universal programs with public health perspectives that permit the introduction of social determinants (Morrison et al., 2014; Sanders, 2008; Ulfsdotter, Enebrink, & Lindberg, 2014), most evidence comes from the evaluation of programs oriented to specific populations where, in general, only vulnerable groups participate. In this regard, it is recommended to place particular emphasis on the recruitment and consolidation of the participation of diverse families thus ensuring a greater heterogeneity with respect to levels of vulnerability (Gardner et al., 2009). It has been shown that high risk families have greater benefits in more diverse groups, probably because they see that 'Another world is possible' (Baydar et al., 2003). In addition, discrepancies among studies can derive from difficulties in comparing predictable variables due to their differing categorization (Dumas et al., 2011). For instance, a single person

is not the same as someone who does not live with a partner. Moreover, the scarcity of male participants is not unusual (Lucia, & Dumas, 2013), and it is well-known that fathers and mothers do not behave in the same manner in parental educational programs (Dardas, & Ahmad, 2014).

10.2. Limitations and strengths

One of the limitations of the study was due to the difficulty of applying a randomized design to a control group. Results pre- and post-intervention were contrasted without a comparison control group. Nevertheless, we employed a proven methodology that had been widely used to evaluate effectiveness in programs with randomization issues. Some authors, moreover, (Stewart-Brown et al., 2011) believe that a developed program which fulfills recommended standards, demonstrates changes in non-controlled situations, and has a qualitative analysis does not require a randomized control. Lack of randomization may, however, be considered a limitation given that we cannot assume that the changes detected could be totally attributed to the intervention as other aspects that could have been responsible were not controlled.

Another limitation is the lack of data with respect to the relationship between the intervention dosage and its effects. We were able to extract conclusions concerning the profile of the participants who dropped out of the intervention. Nevertheless, we were unable to arrive at any conclusions with respect as to whether the participants who attended fewer sessions had the same, better or worse results than those who were present at more sessions. In this regard, neither were we able to analyze data as to whether the aspects related to the implementation of the program, for instance, professional training, presence of nurseries, and long or short version of the program, generated a different effect on the dependent variables. A thesis is currently under way which aims to explore whether the application of the program within the context of mental health produces similar effects.

The fact that at commencement of the intervention a validated instrument to measure parenting skills was unavailable is also a shortcoming. Although the initial questionnaire had been designed *ad hoc* for the program, and been employed in other territories of the state, it had not been validated and presented deficiencies in our context. Due to this, our research commenced with the adaptation, reduction, and validation of the instrument which implied the postponing of data

collection. We would like to point out, however, that this finally represented an opportunity to improve not only our current research but also future investigation, as the new questionnaire has been considerably better received and could be employed in other studies.

Finally, the considerable loss of participants at six months follow-up represents a drawback. The principal motives appear to be difficulty in renewing contact with the families after some time had passed. This was related to some extent to the fact that the decision to evaluate at six months was not taken at commencement of the study. As a result, the professionals involved had not previously established strategies to facilitate contact with the participants. There was a significant decrease in the number of male participants between the end of the intervention and six months follow-up. Moreover, there was also a reduction of individuals with medium-level education over this period.

With respect to gender, it is possible that the results of the male participants at six months were overestimated as those that remained in the study could have been more committed and willing to changing ways of child rearing. On the other hand, the results at six months are consistent with those obtained immediately after finalizing the intervention. With respect to educational status, our principal finding is that the best results were obtained from individuals with a lower level of studies in whom a high dropout rate was not observed. In contrast, analysis of the results stratified by education showed improvements in all three levels although the results were not statistically significant in the medium one. It does not seem probable, therefore, that the follow-up losses have biased results in a significant manner.

The fact that data were gathered not only immediately after the intervention but also at six months represents one of the greatest strengths of study, although with the previously mentioned limitations. This is an innovation in our field and strongly recommended. Furthermore, recent studies have stated that future research should consider data collection at six months follow-up to be a priority (Smedler et al., 2015). In addition, our research was preceded by a PSP evaluation pilot study in which the program design and implementation, and preliminary results of parenting skills were evaluated (Ramos, Vázquez, Artazcoz, & Pasarín, 2015). The pilot study underscored the necessity to carry out an evaluation of the program's effectiveness, increasing sample size, introducing new predictor and outcome variables, and incorporating the perspective of social inequalities in health.

It is also noteworthy that a marked percentage of parents completed the intervention. In particular, father participation whilst lower than the mother one was greater than in other studies. Overall participation was maintained at 84% which is more than that observed in systematic reviews of parental education (Barlow et al. 2010) and comparable to other experiences that, due to their high participation, were highlighted as being successful (Hutchings et al. 2007).

Another of the program's strengths was the integration of perspectives at both methodological and disciplinary levels. In first place, this is an unprecedented study in our country with respect to the integration of socio-educational and public health perspectives in order to evaluate a program encouraging positive parenting. A public health perspective in this kind of program is not frequent even though it is strongly recommended (Morrison et al., 2014; Sanders, 2008; Ulfsdotter, Enebrink, & Lindberg, 2014). At a national level it has been established that the field of health can play a role in the promotion of group programs of parental education (Rodrigo et al., 2010b). In a similar manner, our research has reinforced the few previous studies (McGilloway et al. 2012) that include in their evaluation the perspective of the effects of community programs implemented in real life conditions concerning the reduction of social inequality in children's health.

This study is also remarkable due to the combination of a quantitative methodology, fruit of the researcher's experience in the field of public health and epidemiology, and a qualitative methodology derived from experience in the socio-educational arena. The use of logistic regression models in order to identify predicting factors for success is frequent in public health, but not in the socio-educational field. Moreover, the triangulation of quantitative data arising from the bivariate analysis with the results from the qualitative analysis of content is not common even though, as has been previously stated, it is recommended. Qualitative analysis is often employed to identify strengths and limitations in the process of design and implementation or simply to show the effects of the intervention at a qualitative level. Its integration into this work therefore represents a strength as it permits the combining of the positive methodological aspects of both disciplines which is relevant in a socio-educational intervention promoted from the context of public health.

10.3. Conclusions

To date the results of the pilot study have identified positive preliminary results with respect to parenting skills. These effects, however, have only been confirmed in a limited number of participants and at an early stage, and not for any other variables related to positive parenting or taking into account predicting factors for success.

The principal conclusions of this thesis are directly related to its general objective and the three specific ones that provide a response to the initial situation.

Confirmation of the effectiveness of the PSP as a socio-educational parental program promoting both positive parenting and family health is demonstrated by the study's three principal findings.

Firstly, the program gives rise to immediate effects not only in aspects directly related to the intervention (parenting skills) but also to others related to the formation of positive parenting and family welfare (social support, parental stress, and children's behavior). Secondly, these positive effects with respect to the four indicators are maintained over time without returning to pre-intervention values.

In agreement with these results, the PSP improves the capacity of the parents to:

- Understand and respond to the needs of their children, increase family self-esteem and the improvement of skills to anticipate and resolve conflicts, and control behavior, all of which is done through empathy and assertiveness.
- Augment the parents' capacity to understand situations which produce stress in child rearing, and apply strategies to handle and avoid such pressure and its consequences.
- Overcome the perception of solitude in child rearing with the help of peer groups, facilitators, and community support both during and after the PSP.
- Identify improvements in the children's involvement in family routines, obedience, capacity of expression, and understanding of aspects that make them angry or sad.

Thirdly, the program is effective for both parents from the more vulnerable social groups, and who present worse pre-intervention levels, and less vulnerable ones with better pre-intervention levels. Some of the participants from the more disadvantaged collectives, for instance individuals with lower educational levels,

the unemployed, single-parent families, or younger participants obtained greater improvements compared to the other groups.

It has, therefore, been proven that this socio-educational intervention generates positive, long-lasting, equitable effects in differing social groups. The PSP is not only effective in the promotion of positive parenting, but also overcomes social barriers, which initially identify some populations to be at greater vulnerability, after participation in the intervention. The effectiveness of the PSP is thus confirmed with respect to the general objective.

The intervention has proven to be rewarding for all the players involved: the *Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB)* (Public Health Agency of Barcelona) which managed the program, the professionals responsible for the improvement, implementation, and evaluation of its design, and the beneficiary families. The results obtained have been shared with each of the agents accordingly. For the ASPB the study represents an opportunity to confirm and diffuse the effectiveness of one of the programs in its portfolio of services, and thus consolidate its success. In addition, the ASPB will make use of the recommendations arising from the program in training professionals so that they employ them in their daily work as technicians and facilitators. For the latter and for the “*Xarxa d’habilitats parentals de Barcelona*” (Parenting Skills Network of Barcelona), it represents an opportunity to underscore the good work carried out with respect to positive evaluation and effectiveness of the PSP on the part of the families. And finally, in the case of the families, this program has confirmed that the incorporated changes have contributed to the development of positive child rearing, and that the parents are aware that support services for this issue are available in their community.

Finally, we would like to emphasize that one of the recommendations of the WHO is that institutions and professionals should encourage interventions in early childhood in order to ensure correct physical, psychological, and social development (Marmot, Allen, Bell, Bloomer, & Goldblatt). Our research confirms the fact that the PSP is in line with such proposals as the pre-intervention results of the four variables related to positive parenting have permitted the identification of family environments that are more vulnerable than others. Such inequalities were overcome after participation in the program, the four variables becoming similar for each of the social groups taking part.

10.4. Recommendations

Recommendations for policies, the implementation of interventions for the promotion of parenting skills, and future research are provided in this section.

10.4.1. Policies

The promotion of interventions to encourage positive parenting is paramount. The presence of economic problems, more frequent amongst the disfavored classes and which have increased considerably due to the present crisis, augment parental stress, misbehavior in children, and family conflicts. Interventions, such as the one presented here, which have shown to be effective in reducing these situations should be encouraged.

In addition, the development of policies concerning inequality with respect to gender in child rearing should be addressed. The limited number of male participants in the PSP is a reflection of the sexual division of labor in which women are attributed the responsibility of caring for family members. Such an imbalance contributes to gender inequality in society, particularly in the arena of health. As a consequence, policies of equality should not only encourage changes in the work place and the sexual division of family roles, but also contemplate the implementation of positive parenting interventions placing emphasis on the recruitment of men.

Finally, it is vital that this type of program be promoted by public bodies in a universal manner. As seen in the case of PSP, it has been located not only as one more strategy in the service portfolio of the ASPB, but also as one of the no-charge territorial services available from the different institutions involved. This signifies that there is no economic barrier for families wishing to participate, the professionals can carry out the program in their working hours and, as a result, consolidate socio-educational support for families as a community service.

10.4.2. Intervention implementation

Strategy incorporation is crucial to ensure that the collectives most likely to drop out take part in the same manner as the other participants in the various phases of the program. Such policies could refer to elements involving the actual hosting of the intervention such as the provision of a nursery and breakfast, and help with transport. Additionally, a socio-cultural adaptation to the intervention's contents should be taken into consideration, for instance, avoiding situations of self-guilt or

those where male figures are absent. Finally, it should be noted that strategies to ensure good post-intervention participation are particularly called for. Possible options could be to send a personalized letter of invitation at six months reminding the participant of the enjoyable moments of the sessions, or to have parents from prior interventions hold the first presentation of this kind of program.

The good practice of the facilitator has been shown to be indispensable. It has arisen from both correct training with respect to the contents of the intervention and experience gained from working in groups and with families. An intersectoral perspective also played a key role by employing teamwork and the creation of spaces of professional exchange. The cohesion of the team of facilitators, the inter-relationship amongst the professionals from the various disciplines in the community, and the participation of the *Xarxa d'habilitats parentals de Barcelona* (Barcelona Parenting Skills network), have all been positively evaluated for the improvement of this kind of program and for achieving a greater impact than previously expected.

It is recommended, therefore, that the implementation be intersectoral and take into account community links for both professionals and families. Work combining services and the knowledge of the professionals in the community has been identified in the PSP as being favorable for holistic support, participant referral, and the change in participants' attitudes towards some institutions and professionals in the community.

10.4.3. Research

With respect to recommendations for future research, it is crucial to carry out evaluation studies with a comparison control group and randomized participants. Such considerations would ensure a greater probability of attributing the effects observed to the intervention.

In addition, a sustained gathering of the factors of implementation that could act as effect modifiers is strongly advised. For instance, it would be useful to establish whether participation in a greater number of sessions led to a strengthening of the effects and lower participation diminished them. It would also be advantageous to analyze the role of the facilitator in the modification of the effects.

Furthermore, it would be helpful to analyze whether the effects are maintained at long term, and whether outcomes in the dependent variables occur that imply change over a considerable period of time such as academic performance, adolescent pregnancy, and employment.

Lastly, studies with considerably larger sample sizes should be carried out in order to better examine the determinants of effectiveness.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. R. (1990). *Parenting Stress Index-Manual* (rev. Ed.) Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Acevedo-Garcia, D., Sánchez-Vaznaugh, E.V., Viruell-Fuentes, E.A. y Almeida, J. (2012). Integrating social epidemiology into immigrant health research: A cross-national framework. *Social Science & Medicine*, 75, 2060-2068.
- Ackley, M. K. y Cullen, P. M. (2010). Strengthening Families through Community Collaboration: Implementing the Families and Schools Together (FAST) Program. *Children & Schools*, 32(3), 183-186. doi:10.1093/cs/32.3.183
- Agència de Salut Pública de Barcelona (2010). *Codi de bones pràctiques científiques de l'ASPB*. Barcelona: Direcció de Recerca i Docència ASPB.
- Aguayo, C.M. y Lora, M.E (2007). Cómo hacer una regresión logística binaria "paso a paso" (II): análisis multivariante, *Docuweb fabis* n° 070200013. Recuperado el 20 de abril de 2015 de: <http://www.fabis.org>
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alberta Health Services, Healthy Public Policy, Health Promotion, Disease and Injury Prevention (2011). *Social environments and health concept paper*. Edmonton: Alberta Health Services.
- Alkin, M. (1969). Evaluation theory development. *Evaluation Comment*, 2 (1), 2-7.
- Allen, S. y Daly, K. (2007). *The effects of father involvement: An updated research summary of the evidence inventory*. Guelph: Centre for Families, Work & Well-Being, University of Guelph.
- Almeida, A. (2014, abril). *Programas de educação parental em agenda: Como motivas os pais?*. Comunicación presentada em Seminário a Educação Parental e a função da escola, Mirandela, Portugal.
- Amorós, P., Fuentes-Peláez, N. Mateos, A., Pastor, C., Rodrigo, M.J., Byrne, S., Balsells, M.A., Martín, J.C. y Guerra, M. (2011). *Aprender juntos crecer en familia*. Barcelona: Obra social Fundació.
- Amoros, P., Balsells, M. A., Buisan, M., Byrne, S. y Fuentes-Peláez, N. (2013). Implementation and Evaluation of the "Learning Together, Growing In Family Programme": The Impact on the Families. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala*, 42, 12-144.
- Anderson, L. S. (2009). Predictors of parenting stress in a diverse sample of parents of early adolescents in high-risk communities. *Nursing Research*, 57(5), 340-50. doi:10.1097/01.NNR.0000313502.92227.87

- Arber, S. (1991). Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Social Science & Medicine*, 32(4), 425–436.
- Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health in Britain in the 1990s. *Social Science & Medicine*, 44(6), 773–788.
- Arcas, M., Novoa, A. y Artazcoz, L. (2012). Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life Health in Spanish workers. *The Journal of Health Advance Access*, 23(5), 883-8. doi: 10.1193/eurpub/cks095
- Arkan, B., Üstün, B. y Güvenir, T. (2013). An analysis of two evidence-based parent training programmes and determination of the characteristics for a new programme model. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 176–185.
- Armstrong, M., Birnie-Lefcovitch, S. y Ungar, M.T. (2005) Pathways Between Social Support, Family Well Being, Quality of Parenting and Child Resilience: What we know. *Journal of Child and Family Studies*, 14 (2), 269-281.
- Artazcoz, L., Borrell C. y Benach, J. (2011). Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health*, 55, 639-647.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., Cortés, I. y Rohlfs, I. (2004). Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Soc Sci Med*, 59, 263-74.
- Artazcoz, L., Cortés, I., Borrell, C., Escribà-Agüir, V. y Cascant, L. (2011). Social inequalities in the association between partner/ marital status and health among workers in Spain. *Social Science and Medicine*, 72, 600-607.
- Asellus, P., Nordström, P., Nordström, A.-L. y Jokinen, J. (2014). Cholesterol and the “Cycle of Violence” in attempted suicide. *Psychiatry Research*, 215(3), 646–50. doi:10.1016/j.psychres.2014.01.009
- Asmussen, K. (2013, septiembre). *The myth of evidence-informed practice: Lessons learned from the Commissioning Toolkit*. Comunicación presentada en EADP-Jacobs Foundation Preconference Workshop, Lausanne, Suiza.
- Ausubel, D.P., Novak, J.D. y Hanesian, H. (1983). *Psicología Educativa*. México: Trillas.
- Ayala-Nunes, L., Lemos, I. y Nunes, C. (2013). Predictores del estrés parental en madres de familias en riesgo psicosocial. *Universitas Psychologica*, 13 (2) doi:10.11144/4151
- Bacikova-Sleskova, M., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J. P., Groothoff, J. W. y Reijneveld, S. A. (2011). Parental support and adolescents' health in the context of parental employment status. *Journal of Adolescence*, 34(1), 141–9. doi:10.1016/j.adolescence.2010.01.003

- Backer, T.E. (2002). *Finding the balance: Program fidelity and adaptation in substance abuse prevention: A state-of-the-art review*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Substance Abuse Prevention (CSAP).
- Baluja, K. F., Park, J. y Myers, D. (2003). Inclusion of immigrant status in smoking prevalence statistics. *American Journal of Public Health*, 93(4), 642-6. Recuperado el 3 de mayo de 2013 de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1447804&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Barbeau, E.M., Krieger, N. y Soobader, M.J. (2004). Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *Am J Public Health*, 94, 269-278
- Barbour, R. y Kitzinger, J. (1999). *Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice*. London: SAGE
- Barlow, J., Coren, E. y Stewart-Brown, S. (2003). Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD002020.pub2.
- Barlow, J. y Parsons, J. (2003). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0-3year old children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003680. doi: 10.1002/14651858.CD003680.
- Barlow, J., Shaw, R. y Stewart-Brown, S. (2004). *Parenting Programmes and Minority Ethnic Families*. London: National Children's Bureau.
- Barlow, J., Smailagic, N., Huban, M., Roloff, V. y Bennett, C. (2012). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Campbell Systematic Reviews*, 13, CD002020. doi: 10.4073/csr.2012.15
- Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C. y Jones, H. (2010). Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003680. doi: 10.1002/14651858.CD003680.pub2.
- Barriuso-Lapresa, L., Hernando-Arizaleta, L. y Rajmil, L. (2012). Social Inequalities in Mental Health and Health-Related Quality of Life in Children in Spain. *Pediatrics*, 130 (3), 528-535.
- Bartoll, X., Rodríguez-Sanz, M. y Borrell, C. (2012). Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2011. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Bartolomé, M. (1997). *Metodologia qualitativa orientada cap el canvi i la presa de decisions*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya
- Bartley, M., Sacker, A., Firth, D., y Fitzpatrick, R. (1999). Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. *Soc Sci Med*, 48, 99-115.

- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2005). *Los Buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010), *Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Gedisa. Barcelona
- Bastaitis, K., Ponnet, K. y Mortelmans, D. (2012). Parenting of Divorced Fathers and the Association with Children's Self-Esteem. *J Youth Adolescence*, 41, 1643–1656.
- Baumann, S., Toft, U., Aadahl, M., Jørgensen, T. y Pisinger, C. (2015). The long-term effect of screening and lifestyle counseling on changes in physical activity and diet: the Inter99 Study – a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 33.
doi:10.1186/s12966-015-0195-3
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4 (1), 1-103.
- Bausela, E. (2003). Metodología de la Investigación Evaluativa: Modelo CIPP. *Revista Complutense de Educación*, 12 (2), 361-376.
- Bausela, E. (2004). Metodología de Investigación Evaluativa. *Indivisa, Bol Estud. Investig*, 5, 183-191.
- Baydar, N., Reid, M. J., & Webster-Stratton, C. (2003). The Role of Mental Health Factors and Program Engagement in the Effectiveness of a Preventive Parenting Program for Head Start Mothers. *Child Development*, 74(5), 1433–1453. doi:10.1111/1467-8624.00616
- Beauchaine, T. P., Webster-Stratton, C. y Reid, M. J. (2005). Mediators, Moderators, and Predictors of 1-Year Outcomes Among Children Treated for Early-Onset Conduct Problems: A Latent Growth Curve Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 371–388.
- Bell, R. y Chapman, M. (1986). Child effects in studies using experimental or brief longitudinal approaches to socialization. *Developmental Psychology*, 22 (5), 595-603.
- Belsky, J. (1984). The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, 55 (1), 83-96.
- Belsky, J., Bell, B., Bradley, R.H., Stallard, N. y Stewart-Brown, S.L. (2006). Socioeconomic risk, parenting during the preschool years and child health age 6 years. *European Journal of Public Health*, 17 (5), 508-513.
- Bendixen, R. M., Elder, J. H., Donaldson, S., Kairalla, J. A., Valcante, G. y Ferdig, R. E. (2011). Effects of a father-based in-home intervention on perceived stress and family dynamics in parents of children with autism. *The American Journal of Occupational Therapy : Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 65(6), 679–87.

- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. y Seeman, T.E. (2000). From Social Integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Bericat, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- Berjano, E., y Pinazo, S. (2001). *Interacción social y comunicación*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Berry, J.O. y Jones, W.H. (1995). The Parental Stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472
- Bloomfield, L. y Kendall, S. (2012). Parenting self-efficacy, parenting stress and child behavior before and after parenting programme. *Primary Health Care Research and Development*, 13, 364-372.
- Boddy, J., Smith, M. y Statham, M. (2011). Understandings of efficacy: cross-national perspectives on “what works” in supporting parents and families. *Ethics and Education*, 6 (2), 184-196.
- Boddy, J., Statham, J., Smith, M., Ghate, D., Wigfall, V. y Hauari, H. (2009). *International Perspectives on Parenting Support Non-English Language Sources*. London: Institute of Education, University of London.
- Bolger, N. (2000). Invisible Support and Adjustment to Stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (6), 953-961. doi: 10.1037//0022-3514.79.6.953
- Bornstein, M. H. (2013), Parenting and child mental health: a cross-cultural perspective. *World Psychiatry*, 12, 258-265. doi: 10.1002/wps.20071
- Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Suwalsky, J. T. D. y Gini, M. (2006). Maternal chronological age, prenatal and perinatal history, social support, and parenting of infants. *Child Development*, 77(4), 875-92. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00908.x
- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades sociales en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22 (5), 465-73.
- Borrell, C., Díez, E., Morrison, J. y Camprubí, L. (2012). *Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas*. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities.
- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2007). *5a monografía*. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (2ª Ed). New York: Basic Groups.
- Boutin, G. y Durning, P. (1997). *Intervenciones socioeducativas en el medio familiar*. Madrid: Narcea.
- Boye, K. (2011). Work and Wellbeing in a Comparative Perspective – The Role of Family Policy. *Eur Sociol Rev.*, 27, 16-30.

- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., De Gruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*, 26 (7), 709-23.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22 (6), 723-742.
- Bronte-Tinkew, J., Scott, M. y Lilja, E. (2010). Single Custodial Fathers' Involvement and Parenting: Implications for Outcomes in Emerging Adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 72, 1107-1127. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00753.x
- Brown, L. y Iyengar, S. (2008). Parenting Styles: The Impact on Student Achievement. *Marriage & Family Review*, 43(1-2), 14-38. doi:10.1080/01494920802010140
- Brownson, R.C., Fielding, J.E. y Maylahn, C.M. (2009). Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. *Annu. Rev. Health*, 30, 175-201.
- Bryant, J. H., Bryant, N. H., Williams, S., Ndambuki, R. N. y Erwin, P. C. (2012). Addressing social determinants of health by integrating assessment of caregiver-child attachment into community based primary health care in urban Kenya. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(10), 3588-98. doi:10.3390/ijerph9103588
- Buchanan, C.M., Maccoby, E.E. y Dornbusch, S.M. (1996). *Adolescents after divorce*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Burke, J. D., Pardini, D. A. y Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 679-92. doi:10.1007/s10802-008-9219-7
- Burström, B., y Fredlund, P. (2001). Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 836-840. doi:10.1136/jech.55.11.836
- Burström, B., Whitehead, M., Clayton, S., Fritzell, S., Vannoni, F. y Costa, G. (2010). Health inequalities between lone and couple mothers and policy under different welfare regimes- The example of Italy, Sweden and Britain. *Social Science and Medicine*, 70 (6), 912-920. doi:10.1016/j.socscimed.2009.11.014
- Byrne, S. (2010). *Evaluación del programa de apoyo personal y familiar para familias en riesgo psicosocial en la Comunidad de Castilla y León*. San Cristóbal de la Laguna: Universidad de la Laguna.

- Byrne, S., Rodrigo, M.J. y Martin, J.C. (2012). Influence of form and Timing of Social Support on parental outcomes of child-maltreatment prevention program. *Children and Youth Services Review*, 34, 2495-2503.
- Byrnes, H.F. y Miller, B.A. (2012). The Relationship Between Neighborhood Characteristics and Effective Parenting Behaviors: The Role of Social Support. *Journal of Family Issues*, 33 (12), 1658-1687.
- Cabrera, F. (1987). *Técnicas de evaluación y seguimiento de programas de Formación Profesional*. Madrid: Largo Caballero.
- Cabrera, F. (2001). *La evaluación participativa: concepto y fases de desarrollo*. Madrid: La Acción Social Cuadernos de Formación. Cáritas Española.
- Cabrera, F. (2007). *Elaboración y validación del modelo de evaluación participativa autogestionada para el aprendizaje y el cambio en las organizaciones*. Resumen de la investigación. Barcelona: Universidad de Barcelona
- Campbell, D.T. y Cecil, J.S. (1974). Protection of the Rights and Interests of Human Subjects in the Areas of Program Evaluation, Social Experimentation, Social Indicators, Survey Research, Secondary Analysis of Research Data, and Statistical Analysis of Data From Administrative Records. En The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report- Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*.VII. (p. 12.1- 12.23). Washington: Department of Health, Education and Welfare.
- Campbell, D.T. y Stanley, J. (1966). *Experimental and quasiexperimental designs for research*. Chicago: Rand McNally,
- Cañadas, I. y Sánchez, A. (1998). Categorías de respuesta en la Escala tipo Likert. *Psychothema*, 10 (3), 623-631.
- Cassidy, J., y Shaver, P. (1999). *Handbook of Attachment*. New York: Guilford.
- Castle, H., Slade, P., Barranco-Wadlow, M. y Rogers, M. (2008). Attitudes to emotional expression, social support, and post natal adjustment in new parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(3), 180-194.
- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La situación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31 (4), 425-435.
- Ceballo, R. y McLoyd, V. C. (2002). Social support and parenting in poor, dangerous neighborhoods. *Child Development*, 73, 1310-1321.
- Centers for Disease Control and Prevention (2009). *Parent Training Programs: Insight for Practitioners*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control.
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). *Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services Office of the Director, Office of Strategy and Innovation.

- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Steps to Wellness: A Guide to Implementing the 2008 Physical Activity Guidelines for Americans in the Workplace*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services
- Chase-Lansdale, P. L., Moffitt, R. A., Lohman, B. J., Cherlin, A. J., Coley, R. L., Pittman, L. D., Roff, J. y Votruba-Drzal, E. (2003). Mothers' transitions from welfare to work and the well-being of preschoolers and adolescents, *Science*, 299, 1548- 1552.
- Chronis, A. M., Gamble, S. A., Roberts, J. E. y Pelham, W. E. (2006). Cognitive-behavioral depression treatment for mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 37(2), 143-58.
doi:10.1016/j.beth.2005.08.001
- Cohen, S., Gottlieb, B. y Underwood, L. (2000). Social relationships and health. En S. Cohen, L. Underwood, y B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 3-25). New York: Oxford University Press.
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cohen, B. (2012). *An equity-Focused Health Impact Assessment (EfHIA) Of Manitoba's Proposed Teen Triple P Parenting. Pilot Program. Summary Report*. Manitoba: Healthy Child Manitoba Office, Univesity of Manitoba y Public Health Agency of Canada.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
doi:10.2307/2136404
- Cohen, J.W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Asociates.
- Colás, P. y Rebollo, M. A. (1993). *Evaluación de programas. Una guía práctica*. Sevilla: Kronos.
- Colorado Department of Human Services (2014). *Strategic planning Evaluation Workbook*. Colorado Partners for sustainable Change. Recuperado el 20 de noviembre de 2014 de: <https://rpscolorado-public.sharepoint.com/Documents1/Evaluation20Workbook.pdf>
- Comité de Ministros Europeos. (2006). Recomendaciones Rec (2006) 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de Apoyo al ejercicio positivo de la Parentalidad. Recuperado el 10 de Febrero de 2013 de:
<http://www.msps.es/politicaSocial/familiasInfancia/docs/recomendacion.pdf>
- Comission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation*. Geneva: OMS. Recuperado el 2 de Febrero de 2013 de:
http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

- Comisión para Reducir las desigualdades en salud en España. (2010). *Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en salud en España (1ªEd.)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño (CNUDN).
Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, Nueva York, EEUU, 20 de Noviembre de 1989.
- Cook, T.D. y Campbell, D.T. (1979). *Quasiexperimentation: design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally.
- Cowan, C.P., Cowan, P. A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W. S., Curtis-Boles, H., et al. (1985). Transitions to parenthood: His, hers, and theirs. *Journal of Family Issues*, 6, 451–481.
- Creswell, J.W., Plano Clark, V.L., Gutmann, M.L. y Hanson, W.E. (2008). Advanced Mixed Methods Research Designs. En V.L. Plano Clark y J. Creswell (Eds.), *The mixed methods reader*. (p.161-194). California: Sage Publications.
- Cronbach, L. J. (1963). Course improvement through evaluation. *Teachers College Record*, 64, 672-683.
- Crosnoe, R. y Cavanagh, S. E. (2010). Families With Children and Adolescents: A Review, Critique, and Future Agenda. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 594–611. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00720.x
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A.V. y Macintyre, S. (2007). Understanding and representing “place” in health research: a relational approach. *Social Science & Medicine* (1982), 65(9), 1825–38.
doi:10.1016/j.socscimed.2007.05.036
- CWDC (2010). *Parenting Programmes Evaluation Tool*. Leeds: Children’s Workforce Development Council
- Dababnah, S. y Parish, S. L. (2015). Feasibility of an empirically based program for parents of preschoolers with autism spectrum disorder. *Autism : The International Journal of Research and Practice*.
doi:10.1177/1362361314568900
- Dacey, M.L., Kennedy, M.A., Polak, R. y Phillips, E.M. (2014). Physical activity counseling in medical school education: a systematic review. *Med Educ Online*, 19, 10.3402/meo.v19.24325. doi: 10.3402/meo.v19.24325
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Daly, M. (Eds.) (2012). *La parentalidad en la Europa contemporánea: un enfoque positivo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad.
Recuperado de:
<http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/parentalidadPos2012/docs/ParentalidadEuropacomtemp.pdf>

- Daly, M. (2014). Parenting support policies in Europe: Main developments and trends. En R. Ruggiero (Coord.), *Public policies supporting positive parenthood: new policy perspectives. The proceedings of the ChildONEurope Seminar on positive parenthood* (pp. 17-24). Florence, Italy: Instituto degli Innocenti di Firenze. Recuperado el 15 de marzo de 2015 de <http://http://www.childoneurope.org/issues/publications/COEseries8Positiveparenthood.pdf>
- Dabrowska A, y Pisula E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*, 54(3), 266–80.
- Dardas, L. A. y Ahmad, M. M. (2014). For fathers raising children with autism, do coping strategies mediate or moderate the relationship between parenting stress and quality of life? *Research in Developmental Disabilities*, 36C, 620–629. doi:10.1016/j.ridd.2014.10.047
- Defourny, J. y Nyssens, M. (2010). Social enterprise in Europe: At the crossroads of market, public policies and third sector. *Policy and Society*, 29(3), 231-242.
- De la Orden, A. (1985). Investigación evaluativa. En A. De la Orden (Eds.), *Investigación educativa. Diccionario de Ciencias de la Educación*. (pp.133-137). Madrid: Anaya.
- De Miguel, M. (1988) Paradigmas de la investigación educativa española. En I. Dendaluce (Coord.), *Aspectos metodológicos de la investigación educativa*. (pp.60-77). Madrid: Narcea.
- De Miguel, M. (2000). La evaluación de programas sociales: fundamentos y enfoques teóricos. *Revista de Investigación Educativa*, 18 (2), 289-317.
- Del Rincón, D., Latorre, A., Arnal, J. y Sans, A. (1995). *Técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Dykinson.
- Departament de Salut (2005). Programa “Salut als barris”. http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematics/per_perfiles/ens_locals/salut_als_barris/programa_salut_als_barris/
- Department of Health (2000). *Assessing Children in Need and their families- Practic Guidance* (1ªEd.). London: The Stationary Office. Recuperado el 5 de Febrero de 2013 de: <https://www.the-stationery-office.co.uk/doh/pgacn/pgacn.htm>
- Des Jarlais, D.C., Lyles, C., Crepaz, N. y TREND Group (2004). Improving the Reporting Quality of Nonrandomized Evaluations of Behavioral and Public Health Interventions: The TREND Statement. *American Journal of Public Health*, 94 (3), 361-366.
- Dettoni, J. R. (2011). Loss to follow-up. *Evidence-Based Spine-Care Journal*, 2(1), 7–10. doi:10.1055/s-0030-1267080
- Diderichsen, F., Evans, T. y Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities en Health. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, y M.Wirth

- (Eds). *Challenging Inequities in health*. (pp.13-23). New York: Oxford University Press
- Díez, E., Pasarín, M., Daban, F., Calzada, N., Fuertes, C., Artazcoz, L. y Borrell, C. (2012) <<Salut als barris> en Barcelona, una iniciativa comunitaria para reducir las desigualdades sociales en salud. *Comunidad*, 14 (2), 121-126
- Diez Roux, A. V. (2004). The study of group-level factors in epidemiology: rethinking variables, study designs, and analytical approaches. *Epidemiologic Reviews*, 26, 104–11. doi:10.1093/epirev/mxh006
- Diez Roux, A. V. y Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 125–45. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x
- Doek, J. E. (2004, diciembre). *Parents and the rights of the child*. Comunicación presentada en Council of Europe, Committee of Experts on Children and Families, Strasbourg, Francia.
- DOGC (2010) Llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 5641, del 2 de juny de 2010. Recuerada el 10 de enero de 2013 en: http://www.parlament.cat/portal/pls/portal/documentnom?p_nom=TL115.pdf
- Doménech, J. M. y Granero, R. (2004a). *Construcción de un modelo de regresión logística*. Barcelona : Signo.
- Doménech, J. M. y Granero, R. (2004b). *Modelo de regresión logística*. Barcelona : Signo.
- Dumas, J. E., Arriaga, X.B. y Begle, A. M. (2011). Child and parental outcomes of a group parenting intervention for Latino families : A pilot study of the CANNE program. *Cult Divers Ethn Minor Psychol*, 17 (1), 107-115.
- Durlak, J. y DuPre, E. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and Factors Affecting Implementation. *An J. Community Psychol*, 41, 327-350.
- Eccles, M., Grimshaw, J., Campbell, M. y Ramsay, C. (2003). Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. *Qual Saf Health Care*, 12, 47–52.
- Elo, A.L., Leppänen, A. y Jankola, L. A. (2003). Validity of a single-item measure of stress symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29, 444–451.
- Erikson, E. H. (1978). *Adulthood*. New York: W. W. Norton.
- Eurostat (2009.) *Reconciliation between work, private and family life in the European Union*. Luxembourg: European Communities. doi: 10.2785/30167
- Escudero, T. (2005-2006). Claves identificativas de la investigación evaluativa: análisis desde la práctica. *Contextos Educativos*, 8-9, 179-199.

- Escudero, T. (2011). *La construcción de la investigación evaluativa. El aporte desde la educación*. Zaragoza: Prensas universitarias de Zaragoza.
- Eshel, N., Daelmans, B., Cabral, M. y Martines, J. (2006). Responsive parenting: interventions and outcomes. *Bulletin of the World Health Organisation*, 84, 991-998.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Oxford: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (2000), *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Eyberg, S.M. y Ross, A.M. (1978). Assesment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Jornal of Clinical Child Psychology*, 7, 113-116.
- Fantuzzo, J., Childs, S., Hampton, V., Ginsburg-Block, M., Coolahan, K. C. y Debnam, D. (1997). Enhancing the quality of early childhood education: A follow-up evaluation of an experiential, collaborative training model for head start. *Early Childhood Research Quarterly*, 12(4), 425-437. doi:10.1016/S0885-2006(97)90020-X
- Fenfang, L., Godinet, M. y Arnsberger, P. (2011). Protective factors among families with children at risk of maltreatment: Follow up to early school years. *Children and Youth Services Review*, 33(1), 139-148.
- Fernández, S. (2001). Análisis de efectividad en la evaluación de programas sociales y educativos. *Revista de Educación*, 324, 317-339.
- Ferrarini, T. (2006). *Families, States and Labour Markets. Institutions, Causes and Consequences of Family Policy in Post-war States*. Cheltenham, UK: Edward Elgar.
- Festinger, T. (1996). Going home and returning to foster care. *Children and Youth Services Review*, 18(4/5), 383-402.
- Fetterman, D. M. (2000). *Foundations of empowerment evaluation*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Firestone, W. (1990). Toward a Paradigm-praxis Dialectic. En E. Guba (Eds.) *The Paradigm Dialog*. (pp. 105-124). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Fishman, D. B. (1988). Pragmatic behaviorism: Saving and nurturing the baby. En D.B. Fishman et al. (Eds.), *Paradigms in behavior therapy: Present and promise*. (pp.254-293). New York: Springer.
- Fishman, D. B. (1991). An introduction to the experimental versus the pragmatic paradigm in evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 14 (4), 353-363.
- Flaquer, L. (2000). *Les polítiques familiars en una perspectiva comparada*. Barcelona: Col·lecció Estudis Social- Fundació Social La Caixa.
- Flaquer, L. (2013). Family-Related Factors influencing child Well-being. En A. Ben-Arieh, I. Fronès, F. Casas y J. Korbin (Eds.), *Handbook of Child Well-Being*. (pp.2229-2255). Netherlands: Springer Science and Business Media Dordrench. doi: 10.1007/978-90-481-9063-8_87

- Fosco, G.M. y Grych, J.H. (2012.) Capturing the Family Context of Emotion Regulation: A Family Systems Model Comparison Approach. *Journal of Family Issues*, 34 (4), 557-579. doi: 10.1177/0192513X12445889
- Fossum, S., Mørch, W.-T., Handegård, B. H., Drugli, M. B. y Larsson, B. (2009). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(2), 173–81. doi:10.1111/j.1467-9450.2008.00700.x
- Fraser, M.W., Richman, J.M., Galinsky, M.J. y Day, S.H. (2009). *Intervention Research. Developing Social Programs*. New York: Oxford University Press.
- Frieden, T.R. (2010). A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *American Journal of Public Health*, 100 (4), 590-595.
- Frohlich, K.L. y Potvin, L. (2008). The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *American Journal of Public Health*, 98 (2), 216-221.
- Fuentes-Peláez (2007). *Procesos socioeducativos en adopción internacional*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S.M. y Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural groupbased parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD008225. doi: 10.1002/14651858.CD008225.pub2.
- Furman, N. y Sibthorp, J. (2013). Leveraging Experiential Learning Techniques for Transfer, 17–26. doi: 10.1002/ace
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. a, Lynch, J. W. y Davey Smith, G. (2006a). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 7–12. doi:10.1136/jech.2004.023531
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. a, Lynch, J. W. y Davey Smith, G. (2006b). Indicators of socioeconomic position (part 2). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(2), 95–101. doi:10.1136/jech.2004.028092
- Gardner, F. (1987). Positive interaction between mothers and conduct-problem children: Is there training for harmony as well as fighting?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 283-293.
- Gardner, F., Connell, A., Trentacosta, C. J., Shaw, D. S., Dishion, T. J. y Wilson, M. N. (2009). Moderators of outcome in a brief family-centered intervention for preventing early problem behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 543–53. doi:10.1037/a0015622
- Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T. y Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(4), 568–80. doi:10.1080/15374416.2010.486315

- García, J. F. y Gracia, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España?: un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. *Infancia Y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development. Fundación Infancia y Aprendizaje*, 33 (10), 365–384.
- Gayles, J., Douglas, J., Pantin, H. y Szapocznik, J. (2009). Within Hispanic Families: The Moderating Role of Family Structure Parenting and Neighborhood Predictors of Youth Problem Behaviors. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 31, 277.
- Geoffroy, M.C., Séguin, J.R., Lacourse, E., Boivin, M., Tremblay, R. E. y Côté, S. M. (2012). Parental characteristics associated with childcare use during the first 4 years of life: results from a representative cohort of Québec families. *Canadian Journal of Public Health, Revue Canadienne de Santé Publique*, 103(1), 76–80.
- Gergen, K. y Gergen, M. (2007). Social Construction and Research Methodology. En W. Outhwaite y S.P. Turner. *The SAGE Handbook of Social Science Methodology*. (pp. 461-478). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gianotta, F., Ortega, E. y Stattin, H. (2013). An Attachment Parenting Intervention to Prevent Adolescents' Problem Behaviors: A Pilot Study in Italy. *Child Youth Care Forum*, 42. 71-85.
- Glasgow, R.E., Lichtenstein, E. y Marcus, A.C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice?. Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health*, 93 (8), 1261-1267.
- Gil, P. (2001). La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. En P. Gil (Eds.), *Medicina Preventiva y Salud Pública (10ª ed.)*. (pp. 3-14). Barcelona: Masson.
- Gill, A. M., Hyde, L. W., Shaw, D. S., Dishion, T. J. y Wilson, M. N. (2008). The Family Check-Up in early childhood: a case study of intervention process and change. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 893–904. doi:10.1080/15374410802359858
- Goodman, R., (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38(5), 581-6.
- Graham Allen, M.P. (2011). *Early Intervention: The Next Steps*. London: An Independent Report to Her Majesty's Government
- Gredler, M. E. (1996). *Program evaluation*. NJ: Merrill/Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Green, B.L., Furrer, C.J. y Mc Allister, C. (2007). How do relationships support parenting? Effects of attachment style and social support on parenting behavior in an at-risk populations. *American Journal of Community Psychology*, 40 (1-2), 96-108.

- Green, J. (2000). Qualitative Program Evaluation. Practice and Promise. En N. Denzin y Y. Lincoln (Eds.). *The Handbook of Qualitative Research*. (pp.530-544). Thousand Oaks CA: Sage.
- Greene, J.C., Caracelli, V.J. y Graham, W.F. (2008). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. En V.L. Plano Clark y J. Creswell (Eds.), *The mixed methods reader*. (pp.121-160). California: Sage.
- Greene, J. C. y Caracelli, V. J. (1997). Defining and describing the paradigm issues in mixed-method evaluation. En J. C. Greene, y V. J. Caracelli (Eds), *Advances in mixed-method evaluation: The challenges and benefits of integrating diverse paradigms*. (pp. 5-18). San Francisco: Jossey-Bass.
- Groeneveld, I. F., Proper, K. I., van der Beek, A. J., Hildebrandt, V. H. y van Mechelen, W. (2011). Short and long term effects of a lifestyle intervention for construction workers at risk for cardiovascular disease: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11(1), 836. doi:10.1186/1471-2458-11-836
- Gottfried, A.E., Gottfried, A.W. y Bathurst, K. (2002). Maternal and Dual-Earner Employment Status and Parenting. En M.H. Bornstein (Ed.) *Handbook of Parenting Volume 2 Biology and Ecology of Parenting* (p.207-262). London: Lawrence erlbaum associates
- Guba, E.G. y Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. California: Sage Publications.
- Hamilton, N. y Bhatti T. (1996). *Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion*. Ontario: Health Promotion Development Division.
- Harris, D.A., McGregor, J.M., Perencevich, E.N., Furuno, J.P., Zhu, J., Peterson, D.E. y Finkelstein, J. (2006). The Use and Interpretation of Quasi-Experimental Studies in Medical Informatics. *J Am Med Inform Assoc.*, 13, 16- 23. doi: 10.1197/jamia.M1749.
- Harrison, K. (1997). Parental training for incarcerated fathers: effects on attitudes, self-esteem, and children's self-perceptions. *The Journal of Social Psychology*, 137(5), 588-93. doi:10.1080/00224549709595480
- Heckman, D.M. (2007). *The Productivity Argument for Investing in Young Children*. Chicago: Lecture given at the T W Schultz Award Lecture at the Allied Social Sciences Association annual meeting.
- Heinrich, C. J. (2014). Parents' employment and children's wellbeing. *The Future of Children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*, 24(1), 121-46.
- Helms-Erikson, H. (2001). Marital quality ten years after the transition to parenthood: Implications of the timing of parenthood and the division of housework. *Journal of Marriage and Family*, 63, 1099-1110.

- Hermanns, J. (2014). Parenting support in Europe. What it brings and what it can take away. En R. Fukkink, C. Vink, y N. Bosscher, (Eds), *Think Parents! Putting parents at the heart of parenting support* (pp.11-25). Amsterdam, The Netherlands: SWP.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill.
- Hidalgo, M.V., Menéndez S., López-Verdugo, I., Sánchez, J., Lorence, B. y Jiménez, J. (2015) Programa de Formación y Apoyo Familiar En M. J. Rodrigo, M.J. (Ed.). *Manual práctico en Parentalidad Positiva*. (p.169-188) Madrid: Síntesis.
- Hofferth, S. L., Reid, L. y Mott, F. L. (2001). The effects of early childbearing on schooling over time. *Family Planning Perspectives*, 33, 259–267.
- Hollenstein, T. y Lewis, M. (2006) A state space analysis of emotion and flexibility in parent-child outcomes. *Emotion*, 6, 656-662.
- Holt-Lunstand, J., Smith, T.B. y Layton, J.B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: a Meta-analytic Review. *Plos Medicine*, 7, 1-16.
- Holtrop, K., Parra-Cardona, J. R. y Forgatch, M. S. (2014). Examining the process of change in an evidence-based parent training intervention: a qualitative study grounded in the experiences of participants. *Prevention Science : The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 15(5), 745–56. doi:10.1007/s11121-013-0401-y
- Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., Jones, K.,...Edwards, R. T. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: Pragmatic randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 334, 678–685. <http://dx.doi.org/sire.ub.edu/10.1136/bmj.39126.620799.55>
- Hunt C. (2003). *The parenting puzzle: how to get the best out of family Life*. Oxford: Family Links. Recuperado el 1 de Febrero de 2014 de: <http://www.familylinks.org.uk/nurturing-programme/index.html>
- Infesta, G., Vicente, A. y Cohen, I. (2012). Reflexiones entorno a los grupos de discusión en ciencias sociales. *Instersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 6 (1), 233-244.
- Jacobs, J.A., Jones, E., Gabella, B.A., Spring, B. y Brownson, R.C. (2012). Tools for Implementing an Evidence-Based Approach in Public Health Practice. *Prev Chronic Dis*, 9, 110324. doi: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110324>
- Jenicek, M. (1997). Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health. *J Epidemiol*, 7(4), 187-197.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H. y Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567–89. doi:10.1007/s10802-007-9201-9)

- Kane, G.A., Wood, V.A. y Barlow, J. (2007). Parenting programmes: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Child care, Health and development*, 33(6), 784-793.
- Kaplan, G.A. (2004). What's wrong with social epidemiology and how can we make it better? *Epidemiol Rev*, 26, 124-135.
- Karasek, R.A. y Theorell, T. (1992). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic books.
- Kato, P., Brooks, J. y Duncan, G. (1994). Does neighborhood and Family Poverty Affect Mothers' Parenting, Mental Health and Social Support?. *Journal of Marriage and Family*, 56, 441-455.
- Katz, I. y Hetherington, R. (2006). Co-Operating and Communicating: A European Perspective on Integratin Services for Children. *Child Abuse Review*, 15, 429-439.
- Kawabata, Y., Aling, L., Tseng, W., van IJzendoorn, M. y Crick, N. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31, 240-278.
- Kiernan, K.E. y Huerta, M.C. (2008). Economic deprivation, maternal depression, parenting and children's cognitive and emotional development in early childhood. *The British Journal of sociology*, 59, 783-806.
- Kilgour, C. y Fleming, V. (2000). An action research inquiry into a health visitor parenting programme for parents of pre-school children with behaviour problems. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3), 682-688.
- Kiran, S., Seshadri, S. P. y Kennedy, T. (2006). Development of a Life Skills Program for Educationalists Using Experiential Methodologies. *International Journal on School Disaffection*, 4(2), 22-27. Recuperado el 5 de Julio de 2014 de: <http://0-eric.ed.gov.opac.msmc.edu/?q=source3a22International+Journal+on+School+Disaffection22&ff1=subCoping&id=EJ853203>
- Kish, L. (1987). *Statistical Design for Research*. New York: John Wiley & Sons
- Kleimbaum, D.G. y Kleim, M. (2001). *Logistic Regression. A self-learning text (Statistics for Biology and Health)*. 3ª Ed. Life Sciences, Medicine & Health.
- Koch, F.-S., Ludvigsson, J. y Sepa, A. (2010). Parents' psychological stress over time may affect children's cortisol at age 8. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(9), 950-9. doi:10.1093/jpepsy/jsp132
- Korpi, W., Ferrarini, T. y Englund, S. (2013). Women's Opportunities under Different Family Policy Constellations: Gender, Class and Inequality Tradeoffs in Western Countries Re-Examined. *Social Politics*, 20 (1), 1-35.
- Kreuter, M.W., Lukwago, S.N., Bucholtz, D.C., Clark, E.M. y Sanders-Thompson, V. (2002). Achieving Cultural Appropriateness in Health Promotion Programs:

- Targeted and Tailored Approaches. *Health Education and Behavior*, 30 (2), 133-146.
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Epidemiol Community Health*, 55, 693-700.
- Kuczynski, L. (2003). Beyond bidirectionality: bilateral conceptual frameworks for understanding dynamics in parent-child relations. En L. Kuczynski (Eds.), *Handbook of Dynamics in Parent-Child Relations*. (pp.1-24). Thousand Oaks CA: Sage.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kumpfer, K.L. y Alvaredo, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58(6-7), 457-465. doi: 10.1037/0003-066X.58.6-7.457
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- Labonté, R. (1994). Death of program, birth of metaphor: the development of health promotion in Canada. En A. Pederson, M. O'Neill y I. Rootman (Eds.), *Health Promotion in Canada. Provincial, National & International Perspectives*. (p.72-90). Toronto, Ontario: W.B. Saunders.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- Lamb, M.E. (2010). *The Role of the Father in Child Development*. New York: Wiley.
- Landero Hernández, R. y González Ramírez, M. T. (2011). Apoyo Social, Estrés y Autoestima en Mujeres de Familias Monoparentales y Biparentales. *Summa Psicológica UST*. Universidad Santo Tomás (Chile). Recuperado el 3 de Julio de 2013 de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3738116&info=resumen&idioma=ENG>
- Larson, K., Grudens-Schuck, N. y Lundy Allen, B. (2004). *Can You Call It a Focus Group?*. Ames, Iowa: Iowa State University Extension. Recuperado el 10 de marzo de 2014 de:
<http://www.extenison.iastate.edu/Publications/PM1969B.pdf>
- Latorre, A., Del Rincón, D. y Arnal, J. (2005). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Experiencia.
- Lavigne, J.V., LeBailly, S., Gouze, K.R., Binns, H.J., Keller, J. y Pate, L. (2010). Predictors and Correlates of Completing Behavioral Parent Training for The Treatment Of Oppositional Defiant Disorder in Pediatric Primary Care. *Behavior Therapy*, 41, 198-211.
- Lavigne, J. V, Lebailly, S. A., Gouze, K. R., Cicchetti, C., Jessup, B. W., Arend, R., ... Binns, H. J. (2008). Predictor and moderator effects in the treatment of oppositional defiant disorder in pediatric primary care. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 462-72. doi:10.1093/jpepsy/jsm075

- Leahy-Warren, P., McCarthy, G. y Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388–97. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x
- Leidy, M.S., Guerra, N.G., y Toro, R.I (2010). Positive Parenting, Family Cohesion, and Child Social Competence Among Immigrant Latino Families. *Journal of Family Psychology*, 24 (3), 252-260.
- Leijten, P., Shaw, D. S., Gardner, F., Wilson, M. N., Matthys, W. y Dishion, T. J. (2015). The family check-up and service use in high-risk families of young children: a prevention strategy with a bridge to community-based treatment. *Prevention Science : The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 16(3), 397–406. doi:10.1007/s11121-014-0479-x
- Letarte, M.J., Normandeau, S. y Allard, J. (2010). Effectiveness of a parent training program “Incredible Years” in a child protection service. *Child Abuse & Neglect*, 34,253–261.
- Leung, C., Tsang, S. y Leung, I. (2013). Pilot Evaluation of Parent and Child Enhancement Program for Disadvantaged Families. *Research on Social Work Practice*, 24(4), 437–447. doi:10.1177/1049731513512373
- Leung, C., Tsang, S. y Dean, S. (2011). Outcome Evaluation of the Hands-On Parent Empowerment (HOPE) Program. *Research on Social Work Practice*, 21(5), 549–561. doi:10.1177/1049731511404904
- Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado Español, Madrid, 15 de enero de 1996.
- Liles, B.D., Newman, E., LaGasse, L.L, Derauf, C., Shah, R., Smith, L.M., Arria, A.M, Huestis, M.A., Haning, W., Strauss, A., DellaGrotta, S., Dansereau, L.M., Neal, C. y Lester, B.M. (2012). Perceived Child Behavior Problems, Parenting Stress, and Maternal Depressive Symptoms Among Prenatal Methamphetamine Users. *Child Psychiatry Hum Dev.*, 43 (6), 943-957. Doi: 10.1007/s10578-012-0305-2
- Lima-Rodríguez, J. S., Lima-Serrano, M., Jiménez, N. y Domínguez, I. (2012). Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Revista Española de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo*, 86, 509–521.
- Lincoln, Y. S. y Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park (Calif.): Sage.
- Ling, Y., Watanabe, M., Yoshii, H. y Akazawa, K. (2014). Characteristics linked to the reduction of stigma towards schizophrenia: a pre-and-post study of parents of adolescents attending an educational program. *BMC Public Health*, 14(1), 258. doi:10.1186/1471-2458-14-258
- Lipman, E. L. y Boyle, M. H. (2005). Social support and education groups for single mothers: a randomized controlled trial of a community-based program.

- CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 173(12), 1451-6. doi:10.1503/cmaj.050655
- López, M.L. y Cooper, L. (2011). *Social Support Measures Review. Final Report*. Laytonsville: National Center for Latino and Family Research.
- López, M.J., Marí-Dell'Olmo, M., Pérez-Giménez, A. y Nebot, M. (2011). Diseños evaluativos en salud pública: aspectos metodológicos. *Gaceta Sanitaria*, 25 (Supl-1), 9-16.
- Lucia, S. y Dumas, J.E. (2013) Entre-Parents: Initial Outcome Evaluation of a Preventive- Parenting Program for French- Speaking Parents. *J Primary Prevent*, 34 (3), 135-146. doi: 10.1007/s10935-013-0304-5
- Lundahl, B., Risser, H. y Lovejoy, C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and Follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- Mackay, R. (2005). The impact of family structure and family change on child outcomes: a personal reading of the research literature. *Social Policy Journal of New Zealand*, 24. 111-133
- MacKinnon, D. P., Krull, J. L. y Lockwood, C. M. (2000). Equivalence of the mediation, confounding and suppression effect. *Prevention Science : The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 1(4), 173-81.
- Máiquez, M.L., Rodríguez, G. y Rodrigo, M.J (2004). Intervención psicopedagógica en el ámbito familiar: los programas de educación para padres. *Infancia y Aprendizaje*, 27 (4), 403-406.
- Máiquez, M.L., Rodrigo, M.J., Capote, C. y Vermaes, I. (2000). *Aprender en la vida cotidiana: un programa experiencial para padres*. Madrid: Visor.
- Máiquez, M.L., Rodrigo, M.J. y Byrne, S. (2015). El proceso de apoyo en la promoción de la parentalidad positiva. En M. J. Rodrigo, M.J. (Ed.). *Manual práctico en Parentalidad Positiva*. (p.67-90) Madrid: Síntesis.
- Manzanares, S. (2011). *Revisió de programes d'entrenament en habilitats parentals, emocionals i comunicatives dirigits a pares de nens en edat pre-escolar i escolar*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Manzanares, S., Ramos, P. y Pasarín M. (2011a, octubre) *Abordaje de la problemática en infancia y adolescencia mediante la mejora de habilidades parentales*. Póster presentado en XIV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Madrid.
- Manzanares, S., Ramos, P. y Pasarín M. (2011b, octubre). *Efectividad de los programas para mejorar las habilidades parentales*. Póster presentado en XIV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Madrid.
- Marcynszyn, L.A., Maher, E.J. y Corwin, T.W. (2011). Getting with the (evidence-based) program: An evaluation of the Incredible Years Parenting Training Program in child welfare. *Children and Youth Service Review*, 33, 747-757.

- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E. y Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 380, 1011–29. doi:10.1016/S0140-6736(12)61228-8
- Marsiglio, W. (1995). *Fatherhood Contemporary Theory, Research, and Social Policy*. Florida: Sage publications
- Martín, J.C., Máiquez, M.L., Rodrigo, M.J., Byrne, S., Rodríguez, B. y Rodríguez-Suárez, G. (2009). Programas de Educación Parental. *Psychosocial Intervention*, 18 (2), 121-133.
- Martín, J.C., Máiquez, M.L., Rodrigo, M.J., Correa, A.D. y Rodríguez, G. (2004). Evaluación del programa “Apoyo personal y familiar” para madres y padres en situación de riesgo psicosocial. *Infancia y aprendizaje*, 27 (4), 437-445.
- Martín, J. (2005). *La intervención ante el maltrato infantil. Una revisión del sistema de protección*. Madrid: Pirámide
- Martínez, F. (2004). La investigación evaluativa. En R. Bisquerra y M. Sabariego (Eds.), *Metodología de la investigación educativa* (pp.425-446). Madrid: La Muralla.
- Martínez, L. (2001). Una visión global de la familia monoparental en España. *Revista de Educación*, 325, 93-98.
- Martínez, R.A. (2010). *La Orientación Educativa Familiar como Prestación Social Básica de Servicios Sociales para fomentar la Parentalidad Positiva. La Experiencia Asturiana de Implantación del Programa-Guía para el Desarrollo de Competencias Emocionales, Educativas y Parentales en el Sistema Público de Servicios Sociales*. Madrid: Consejería de Bienestar Social y Vivienda.
- Martínez, R.A., Álvarez, L. y Pérez, H. (2010). Programa-Guía para el Desarrollo de Competencias Emocionales, Educativas y Parentales. *Papeles Salmantinos de Educación*, 14 (Monográfico sobre “Parentalidad Positiva”), 63-88.
- Martínez Muñoz, M., Arnau Sabatés, L. y Sabaté Tomás, M. (2015). *Recerca avaluativa sobre el programa “LÍMITS.”* Centre d’Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (Catalunya). Recuperado el 15 de Mayo de 2015 de: <http://www.recercat.cat/handle/2072/246045>
- Martínez, R-A., Pérez, M.H. y Álvarez, L. (2007). *Estrategias para prevenir y afrontar conflictos en las relaciones familiares (padres e hijos)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Martínez, R.A. (2009). *Programa-Guía para el desarrollo de Competencias Emocionales, Educativas y Parentales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Martínez, R.A. y Rodríguez, B. (2007). Assessing parents’ satisfaction with their parental role for a more effective partnerships between families and schools. *International Journal about Parents in Education*, 1, 21-29.

- Massot, I., Dorio, I. y Sabariego, M. (2004). Estrategias de recogida y análisis de la información. En R. Bisquerra y M. Sabariego (Eds.), *Metodología de la investigación educativa*. (pp.329-366). Madrid: La Muralla.
- Maunder, R. G. y Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 556–67. Recuperado el 20 de octubre de 2013 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11485109>
- McDaniel, B., Braidon, H.J., Onyekwelu, J., Murphy, M. y Regan, H. (2011). Investigating the Effectiveness of the Incredible Years Basic Parenting Programme for Foster Carers in Northern Ireland. *Child Care in Practice*, 17 (1), 55-67.
- McDonald, B. (1976). Evaluation and the control of education. En D. Tawney (Eds.) *Curriculum evaluation today: Trends and Implications*. (pp.126-136). London: McMillan.
- McDonald, M. (2011). *What role can child and family services play in enhancing opportunities for parents and families: Exploring the concepts of social exclusion and social inclusion?* Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- McEachern, A. D., Fosco, G. M., Dishion, T. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N. y Gardner, F. (2013). Collateral benefits of the family check-up in early childhood: primary caregivers' social support and relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 27(2), 271–81. doi:10.1037/a0031485
- McGilloway, S., Ni Mhaille, G., Bywater, T., Furlong, M., Leckey, Y., Kelly, P., ... Donnelly, M. (2012). A parenting intervention for childhood behavioral problems: a randomized controlled trial in disadvantaged community-based settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 116–27. doi:10.1037/a0026304
- McKay, L., Macintyre, S. y Ellaway, A. (2003). *Migration and health: A review of the international literature*. Glasgow, Scotland: Medical Research Council.
- McKeown, T. (1974). The Major Influences on Man's Health. En M. Lalonde, *A New perspectives on the health of Canadians*. Ottawa, Canada: Ministry of Supply and Services.
- McLoyd, V. C., Jayaratne, T. E., Ceballo, R. y Borquez, J. (1994). Unemployment and Work Interruption among African American Single Mothers: Effects on Parenting and Adolescent Socioemotional Functioning. *Child Development*, 65(2), 562–589. doi:10.1111/j.1467-8624.1994.tb00769.x
- Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B. y Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child

- behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 901–13. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.006
- Milani, P., Serbati, S., Ius, M., Di Masi, D. y Zanon, O. (2013). *P.I.P.P.I. Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione*. Padova: LabRIEF Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare.
- Miles, M.B. y Huberman, A.M. (1984). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Londres: Sage
- Milkie, M. A., Mattingly, M. J., Nomaguchi, K. M., Bianchi, S. M. y Robinson, J. P. (2004). The Time Squeeze: Parental Statuses and Feelings About Time With Children. *Journal of Marriage and Family*, 66(3), 739–761. doi:10.1111/j.0022-2445.2004.00050.x
- Mockford, C. y Barlow, J. (2004). Parenting programmes: some unintended consequences. *Primary Health Care Research and Development*, 5, 219-227. doi:10.1191/1463423604pc200oa.
- Mockford, C., Patterson, J. Stewart-Brown, S., Barlow, J., Pyper, C. y Klimes, I. (2004, septiembre). *Improving mental health among children and their parents through parenting programmes in community general practice: a randomised controlled trial*. Comunicación presentada en The Second World Conference: The Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioural Disorders, Londres. Recuperado el 4 de Junio de 2013 de: <http://www.cliffordbeersfoundation.co.uk/handbk02.pdf>
- Molina, M.C., Pastor, C. y Violant, V. (2011). Parental Education as Health Protection Factor in Vulnerate Childhood and Adolescence. *Revista de cercetare si intervenie sociala*, 34, 38-55.
- Molina, M.C. (1994) *Demora diagnóstica y terapéutica en el cáncer del tubo digestivo [Microforma]: un análisis de la concordancia en las respuestas de los pacientes sobre el proceso clínico y asistencial*. Tesis doctoral. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Morales, J.M., Gonzalo, E., Martín, F.J. y Morilla, J. (2008). Salud Pública Basada en la Evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. *Revista Española Salud Pública*, 85, 5-20.
- Morales, P. (2011). *El análisis factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Madrid: Universidad Pontifice de Comillas.
- Moran, P, Gate, D. y Van der Merwe, A. (2004). *What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence. Research Report 574*. Nottingham: Department for Education and Skills. Queens Printer and Controller. Recuperado el 10 de Julio de 2013 de: <http://dera.ioe.ac.uk/5024/1/RR574.pdf>
- Moreno Mínguez, A. (2012). Familia, empleo femenino y reproducción en España: incidencia de los factores estructurales. *Papers*, 97 (2), 461-495.

- Moreno, L. (2002). Bienestar mediterráneo y <<supermujeres>>. *Revista Española de Sociología*, 2, 41-56.
- Morgan, D.L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8 (3), 362-376.
- Morrison, J., Pikhart, H., Ruiz, M. y Goldblatt, P. (2014). Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*, 14 (1), 1040. doi:10.1186/1471-2458-14-1040
- Mowder, B.A. (2005). Parent Development Theory: Understanding parents, parenting perceptions, and parenting behaviors. *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 1, 45-64.
- Mundet, M. (2014). *Els llenguatges artístics: metodologies socioeducatives de promoció de la resiliència*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Muñoz, M. y Gómez, E. (2015) Crecer en Familia: Un servicio para promover la parentalidad positiva en Chile En M. J. Rodrigo, M.J. (Ed.). *Manual práctico en Parentalidad Positiva*. (p.189-204) Madrid: Síntesis.
- Murillo, F.J. (2005). *La investigación sobre eficacia escolar*. Barcelona: Octaedro.
- Nabuco, M.E., Aguiar, M.E., Costa, C. y Morais, D. (2014). Evaluation of the effectiveness of the implementation of the A PAR parental intervention programme in Portugal. *Child development and parenting support, European Early Childhood Education Research Journal*, 22 (4), 554-572, DOI: 10.1080/1350293X.2014.947836
- Naldini, M. y Jurado, T. (2013). Family and Welfare State Reorientation in Spain and Inertia in Italy from a European Perspective. *Sociological demography press*, 52, 43-61.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E. y Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs? *American Psychologist*, 58(6-7), 449-456.
- National Council on Family Relations. (1984). Standards and Criteria for the Certification of Family Life Educators, College/University Curriculum Guidelines, and Content Guidelines for Family Life Education: A Framework for Planning Programs Over the Lifespan. Minneapolis, MN: Author. <http://family.jrank.org/pages/544/Family-Life-Education-Challenges-in-Family-Life-Education.html#ixzz3UGCeRzov>
- National Evaluation of Sure Start. (2010) . *The impact of Sure Start Local Programmes on five year olds and their families*. London: DFE-RR067.
- Nebot, M. (2006). Health promotion evaluation and the principle of prevention. *Epidemiol Community Health*, 60, 5-6.

- Nebot, M., López, M.J., Ariza, C., Villalbí, J.R. y Garcia-Altés, A. (2011). Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gaceta sanitaria*, 25 (1), 3-8.
- Neece, C. L., Green, S. A. y Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: a transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48–66. doi:10.1352/1944-7558-117.1.48
- Nelson, M. y Davis, M.C. (2012). Development and Preliminary Validation of the Parent Efficacy for Child Healthy Weight Behaviour Scale. *Journal Health Psychology*, 18 (2), 282-291. doi: 10.1177/1359105312439732
- Norman, A. (1985). *Keeping families together: The case for family preservation*. New York: Edna McConnell Clark Foundation.
- O'Connor, T.G. (2002). Annotation: The 'effects' of parenting reconsidered: findings, challenges, and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (5), 555-572.
- O'Connor, T.G., Matias, C., Futh, A., Tantam, G. y Scott, S. (2013). Social Learning Theory Parenting Intervention Promotes Attachment-Based Caregiving in Young Children: Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42 (3), 358-370. doi: 10.1080/15374416.2012.723262
- Offer, S. (2014). Time with children and employed parents' emotional well-being. *Social Science Research*, 47, 192–203. doi:10.1016/j.ssresearch.2014.05.003
- Olhaberry, M. y Farkas, C. (2012). Estrés Materno y Configuración Familiar: Estudio comparativo en Familias Chilenas Monoparentales y Nucleares de bajos ingresos. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1317-1326. doi:10.11144/1317
- OMS (1948). Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100. Recuperado el 20 de Julio de 2013 en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- OMS (2011) http://www.who.int/topics/social_determinants/es/ Consulta el 2 de enero de 2013.
- O'Neil, D., McGilloway, S., Donnelly, M., Bywater, T. y Kelly, P. (2013). A cost-effectiveness analysis of the Incredible Years parenting programme in reducing childhood health inequalities. *Eur J Health Eco*, 14, 85-94.
- Ornoz, B., Alonso-Arbiol, I. y Balluerka, N. (2007). A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema*, 19 (4), 687-692.
- Ostberg, M. y Hagekull, B. (2013). Parenting stress and external stressors as predictors of maternal ratings of child adjustment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54 (3), 213-221. doi: 10.1111/sjop.12045
- Oviedo, H.C. y Campo-Arias, A. (2005). An Approach to the Use of Cronbach's Alfa. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (4), 572–580.
- Pallant, J. (2003). *SPSS Survievale mit* (4ª ed.). USA: McGraw-Hill.

- Parlett, M. y Hamilton, D. (1977). Evaluation as illumination: A new approach to the study of innovative programmes. En G.V. Glass (Eds.), *Evaluation Studies Review Annual*, Vol 1. (pp.140-157). Beverly Hills, California: Sage.
- Pasarín, M., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J.L. y Gofin. J. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24 (1), 23-27.
- Pastor, C., Ciurana, A., Navajas, A., Cojocarú, D. y Vázquez, N. (2015). Positive Parenting: Lessons from Research. *Revista de Cercetare Si Interventie Sociala* (En prensa)
- Patterson, J., Mockford, C. y Stewart-Brown, S. (2005). Parents' perceptions of the value of the Webster-Stratton Parenting Programme: a qualitative study of a general practice based initiative. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 53-64. doi:10.1111/j.1365-2214.2005.00479.x
- Patterson, J., Barlow, J., Mockford, C., Klimes, I., Pyper, C. y Stewart-Brown, S. (2002). Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 87(6), 472-7. Recuperado el 8 de Julio de 2013 de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1755810&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Pettersson, C., Lindén-Boström, M. y Eriksson, C. (2009). Reasons for non-participation in a parental program concerning underage drinking: a mixed-method study. *BMC Public Health*, 9, 478. doi:10.1186/1471-2458-9-478
- Pérez, R. (2000). La Evaluación de programas educativos: conceptos básicos, planteamientos generales y problemática. *Revista de Investigación Educativa*, 18 (2), 261-287.
- Pérez, M.J. y Echaury, M. (2013). Educación versus coerción. Una apuesta decidida por la educación para la salud. *Gac Sanit.*, 27(1), 72-74.
- Petticrew, M. y Roberts, H. (2003). Evidence, hierarchies and typologies: Hourses for courses. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (7), 527-529.
- Pfau-Effinger, B. (2005a). Welfare state policies and the development of care arrangements. *European Societies*, 7 (2), 321- 347.
- Pfau-Effinger, B. (2005b). Culture and Welfare State Policies: Reflections on a Complex Interrelation. *Journal and Social Politics*, 34 (1), 3-20.
- Pinderhughes, E.E., Nix. R.F., Foster, E.M, Jones, D. y The Conduct Problems Prevention Research Group (2001). Parenting in context: Impact of neighborhood poverty, residential stability, public services, social networks, and danger on parental behaviors. *Journal of Marriage and Family*, 63 (4), 941-953.

- Piquero, A.R., Farrington, D.P., Welsh, B.C., Tremblay, R. y Jennings, W. G. (2009). Effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *J Exp Criminol*, 5, 83–120. doi: 10.1007/s11292-009-9072-x
- Postmes, T., Haslam, S. A. y Jans, L. (2013). A single-item measure of social identification: Reliability, validity, and utility. *British Journal of Social Psychology*, 52, 597–617. doi:10.1111/bjso.12006
- Power, T.G., Sleddens, E.F., Berge, J., Connell, L., Govig, B., Hennessy, E., Liggett, L., Mallan, K., Santa Maria D., Odoms-Young, A. y St George, S.M. (2013). Contemporary research on parenting: conceptual, methodological, and translational issues. *Child Obes.*, 9, 87-94. doi: 10.1089/chi.2013.0038.
- Pritchett, A. M., Foreyt, J. P. y Mann, D. L. (2005). Treatment of the metabolic syndrome: The impact of lifestyle modification. *Current Atherosclerosis Reports*, 7(2), 95–102. doi:10.1007/s11883-005-0030-4
- Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63, 655–660.
- Raikes, H., y Thompson, R.A. (2005). Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal*, 26 (3), 177-190.
- Ramos, P. y Manzanares, S. (2012). Programa de desenvolupament d'habilitats parentals per a famílies (1ª ed.). Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Ramos, P., Vázquez, N., Pasarín, M. y Artazcoz, L. (2015) Evaluación de un programa piloto promotor de habilidades parentales desde una perspectiva de salud pública. *Gaceta sanitaria* (En prensa)
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C. y Beauchaine, T. P. (2001). Parent training in head start: a comparison of program response among African American, Asian American, Caucasian, and Hispanic mothers. *Prevention Science : The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 2(4), 209–27. Recuperado el 9 de octubre de 2014 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11833925>
- Respler-Herman, M., Mowder, B.A., Yasik, A.E. y Shaman, R. (2011). Parenting Beliefs, Parental Stress, and Social Support Relationships. *J Child Fam Stud*, 21, 190-198.
- Reyno, S. M. y McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems--a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(1), 99–111. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x
- Rigby, M. y Köhler, I. (2002) Child Health and Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission. Luxembourg: European Union Community Health Monitoring Programme. Recuperado el 15 de septiembre de 2013 de:

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/monitoring/fp_monitoring_2000_frep_08_en.pdf

- Rivadeneira, J. (2013). El funcionamiento familiar, los estilos parentales y el estímulo al desarrollo de la teoría de la mente: Efectos en criaturas sordas y oyentes. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 10 de noviembre de 2014 de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/117201>
- Robertson, W. (2005). *An evaluation of 'Families for Health': a new familybased intervention for the management of childhood obesity*. Tesis doctoral. Coventry: Warwick University
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Martín, J.C. y Rodríguez, B. (2015) La parentalidad positiva desde la prevención y la promoción En M. J. Rodrigo, M.J. (Ed.). *Manual práctico en Parentalidad Positiva*. (p.25-44) Madrid: Síntesis.
- Rodrigo, M.J., Almeida, A., Spiel, C. y Koops, W. (2012). Introduction: Evidence-based parent education programmes to promote positive parenting. *European Journal of Development Psychology*, 9 (1), 2-10.
- Rodrigo, M. J., Almeida, A. y Reichle, B. (2014). Evidence-Based Parent Education Programs: A European Perspective. En J. Ponzetti Jr (Ed.), *Evidence Based Parenting Education: A Global Perspective*. London: Routledge.
- Rodrigo, M.J. y Byrne, S. (2011) Social Support and Personal Agency in At.Risk Mothers. *Psychosocial Intervention*, 20, 13-24.
- Rodrigo, M.J., Cabrera, E., Martín, J.C. y Máiquez, M.L. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 18 (2), 113-120.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L. y Martín, J.C. (2010a). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias. Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales* (1 ed.). Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L. y Martín, J.C. (2010b). *La Educación Parental como recurso socioeducativo para promover la parentalidad positiva* (1 ed.). Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Martín, J.C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide
- Rodrigo, M.J., Martín, J.C., Máiquez, M.L., y Rodríguez, G. (2007). Informal and formal supports and maternal child-rearing practices in at-risk and non at-risk psychosocial contexts. *Children and Youth Services Review*, 29, 329-347.
- Rodrigo, M. y Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. España: Alianza Editorial.
- Rodríguez, E., Martín, J.C. y Rodrigo, M.J. (2015). "Vivir la Adolescencia en Familia" un programa de apoyo parental en la adolescencia En M. J. Rodrigo, M.J.

- (Ed.). *Manual práctico en Parentalidad Positiva*. (p.131-150) Madrid: Síntesis.
- Rossi, P. H. y Freeman, H. (1993). *Evaluation: A Systematic Approach*. Beverly Hills, Ca: Sage.
- Rossi, P.H., Lipsey, M.W. y Freeman, H.E. (2003). *Evaluation: A systematic Approach* (7ª Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage
- Russi, B. (1998). Grupos de discusión. De la investigación social a la investigación reflexiva. En: J. Galindo (coord.), *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*, (p.75-115). México D. F.: Addison Wesley Longman.
- Sabariego, M. (2004). La investigación educativa: génesis, evolución y características. En R. Bisquerra y M. Sabariego (Ed.), *Metodología de la investigación educativa* (p.51-87). Madrid: La Muralla.
- Sabariego, M. (2013, diciembre). *La investigación cualitativa en la encrucijada: entre la construcción de conocimiento, la reflexividad y la transformación social y educativa*. Comunicación presentada en el Seminari de Investigació Qualitativa, Barcelona.
- Sagoe, D. (2012). Precincts and Prospects in the Use of Focus Groups in Social and Behavioral Science Research. *The Qualitative Report*, 17 (29), 1-16.
- Sallés, C., y Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: definición, diagnóstico y evaluación. *Educación Social*, 49, 25-47.
- Salgado de Snyder, V. N., Cervantes, R. C. y Padilla, A. M. (1990). Gender and ethnic differences in psychosocial stress and generalized distress among Hispanics. *Sex Roles*, 22(7-8), 441-453. doi:10.1007/BF00288163
- Sanders, M.R. (1996). New directions in behavioral family intervention with children. En T. Ollendick y R. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*. (pp. 283-330). New York: Plenum Press.
- Sanders, R., Turner, K.M. y Markie-Dadds, C. (2002). The Development and Dissemination of the Triple P—Positive Parenting Program: A Multilevel, Evidence-Based System of Parenting and Family Support. *Prevention Science*, 3 (3), 173-189.
- Sandín, M.P. (2003). *Investigación Cualitativa en Educación. Fundamentos y Tradiciones*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Sandín, M.P. (2000). Criterios de validez en la investigación educativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa*, 18 (1), 223-242.
- Sandler, I. N., Schoenfelder, E. N., Wolchik, S. A. y MacKinnon, D. P. (2011). Long-term impact of prevention programs to promote effective parenting: lasting effects but uncertain processes. *Annual Review of Psychology*, 62, 299-329. doi:10.1146/annurev.psych.121208.131619

- Sans, A. (2004). Métodos de investigación de enfoque experimental. En R. Bisquerra y M. Sabariego (Ed.), *Metodología de la investigación educativa*. (p.167-193). Madrid: La Muralla.
- Santiesteban, D.A., Coatsworth, J.D., Briones, E., Kurtines, W. y Szapocznik, J. (2012). Beyond Acculturation: An Investigation of the Relationship of Familism and Parenting to Behavior Problems in Hispanic Youth. *Family Process*, 51 (4), 470-482.
- Saulnier, C., Bentley, S., Gregor, F., MacNeil, G., Rathwell, T. y Skinner, E. (1999). Gender Planning: Developing an Operational Framework for En-Gendering Healthy Public Policy. Nova Scotia: Maritime Centre of Excellence for Women's Health
- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. y Bremberg, S. (2008). Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica*, 97, 153-158.
- Save the Children (2011). Agenda de la Infancia 2012-2015. Propuestas de Save the Children para la X Legislatura. Save the Children España.
- Schreuder, E., Rijnders, M., Vaandrager, L., Hassink, J., Enders-Slegers, M.J. y Kennedy, L. (2014). Exploring salutogenic mechanisms of an outdoor experiential learning programme on youth care farms in the Netherlands: untapped potential?. *Int J Adolesc Youth*.. 19(2), 139-152.
doi: 10.1080/02673843.2014.896267
- Scriven, M. (1967). The methodology of evaluation. En R. W. Tyler, R. M. Gagne, y M. Scriven, *Perspectives of Curriculum Evaluation* (AERA Monograph 1). (pp.39-83). Chicago: Rand McNally.
- Scriven, M. (1994). Evaluation as a discipline. *Studies in Educational Evaluation*, 20 (1), 147-166.
- Scott, S. (2008). Parenting Programs. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, y A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (p.1046-1061). Oxford: Blackwell Publishing.
- Sepa, A., Frodi, A. y Ludvigsson, J. (2004). Psychosocial correlates of parenting stress, lack of support and lack of confidence/security. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(2), 169-79. Recuperado el 13 de diciembre de 2014 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15016271>
- Shadish, W.R, Cook, T.D. y Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasiexperimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin
- Shaw, D., Supple, L., Dishion, T., Gardner, F. y Arnds, K. (2006). Randomized Trial of a Family-Centered Approach to the Prevention of Early Conduct Problems: 2-Year Effects of the Family Check-Up in Early Childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1), 1-9.

- Schofield, T.J., Jochem, R., Conger, R.D., Conger, K.J., Donnellan, M.B., y Widaman, K.F. (2012). Parent Personality and Positive Parenting as Predictors of Positive Adolescent Personality Development over Time. *Merill- Palmer Quarterly*, 58 (2), 255-283.
- Schwarzer, R., y Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42 (4), 243-252. doi: 10.1080/00207590701396641
- Sears, R. (1951). A theoretical framework for personality and social behavior. *American Psychologist*, 6 (9), 476-482. doi: 10.1037/h0063671
- SEQC, (En prensa). Regresión logística. En SEQC, Curso de Estadística Módulo 3: Regresión logística y multiple. Recuperado el 2 de Marzo de 2015 de: http://www.seqc.es/es/Varios/7/40/Modulo_3:_Regresion_logistica_y_multiple/
- Siu-ming To, Siu-mee Iu Kan, Kcon-wah Tsoi y Ting-sam Chan (2013): A qualitative analysis of parents' perceived outcomes and experiences in a parent education program adopting a transformative approach, *Journal of Social Work Practice: Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community*, 27:1, 79-94
- Small, S.A., O'Connor, C. y Cooney, S.M. (2008). Evidence informed program improvement. What works, Wisconsin Improvement Program Manual. Wisconsin: University of Wisconsin Madison/Extension. Recuperado el 10 de Mayo de 2014 de: http://whatworks.uwex.edu/attachment/whatworks_manual.pdf
- Small, S. A., Cooney, S. M. y O'Connor, C. (2009). Evidence informed program improvement: Using principles of effectiveness to enhance the quality and impact of family-based prevention programs. *Family Relations*, 58, 1-13.
- Smedler, A.-C., Hjern, A., Wiklund, S., Anttila, S. Y Pettersson, A. (2014). Programs for Prevention of Externalizing Problems in Children: Limited Evidence for Effect Beyond 6 Months Post Intervention. *Child & Youth Care Forum*, 44(2), 251-276. doi:10.1007/s10566-014-9281-y
- Smith, M. (2010). Good Parenting: Making a difference. *Early Human Development*, 86, 689-693.
- Smith, M. (2011) Measures for assessing parenting in research and practice. *Child an Adolescent Mental Health*, 16 (3), 158-166
- Smithson, J. (2008). Focus Group. En P. Alasuutari, L. Bickman y J. Brannen (Eds.), *The SAGE handbook of Social Research Methods*. (p.356-371). London: SAGE.
- Society for Prevention Research (2004). Standards if evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. Leesburg Pike: Society for Prevention Research. Recuperado el 11 de Junio de 2014 de: <http://www.preventionresearch.org/StandardsofEvidencebook.pdf>

- Solar, O. e Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice)*. Ginebra: OMS. Recuperado el 10 de Marzo de 2013 de:
http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Solem, M.-B., Christophersen, K.A. y Martinussen, M. (2011). Predicting parenting stress: children's behavioural problems and parents' coping. *Infant and Child Development*, 20(2), 162–180. doi:10.1002/icd.681
- Sperling, S. y Mowder, B. (2006). Parenting perceptions: comparing parents of typical and special needs preschoolers. *Psychology in the Schools*, 43(6), 695-700.
- Stake, R. E. (1975). *Evaluating the arts in education: A responsive approach*. Columbus, Ohio: Merrill.
- Steinberg, L. (2001). We know Some Things: Parent-Adolescent Relationships in Retrospect and Prospect. *Journal of research in adolescence*, 11(1), 1-19.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S. y Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65 (3), 754–70.
- Steinert, Y., Mann, K., Centeno, A., Dolmans, D., Spencer, J., Gelula, M. y Prideaux, D. (2006). A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Med teach*, 28 (6), 497-526.
- Stewart-Brown, A., y Napoles-Springer, N.S. (2003). Advancing Health Disparities Research. Can We Afford to Ignore Measurement Issues?. *Medical care*, 41 (11), 1207–1220.
- Stewart-Brown, S., Patterson, J., Mockford, C., Barlow, J., Klimes, I. y Pyper, C. (2004). Impact of a general practice based group parenting programme: quantitative and qualitative results from a controlled trial at 12 months. *Arch Dis Child*, 89, 519-525.
- Stewart-Brown, S. (2008). Improving parenting: the why and the how. *Arch Dis Child*, 93 (2), 102-104.
- Stewart-Brown, S., Anthony, R., Wilson, L., Winstanley, S., Stallard, N., Snoock, H. y Simkiss, D. (2011). Should randomized controlled trials be the “gold standard” for research on preventive interventions for children?. *Journal of children services*, 6 (4), 228-235.
- Stewart-Brown, S. (2012). More thoughts on the RCT question: a rejoinder to Forrester and Ritter. *Journal for children services*, 7 (2), 153-159.
- Strandberg, A. (2014). *Evaluation of a Swedish parental prevention program : youth drunkenness, alcohol-specific parenting and gender differences*. Inst för

- folkhälsovetenskap / Dept of Public Health Sciences. Recuperado el 15 de abril de 2015 de: <http://publications.ki.se/xmlui/handle/10616/42240>
- Strandberg, A. K., Bodin, M. C. y Romelsjö, A. (2014). Gender differences in the prediction of parental servings of alcohol to adolescents and youth drunkenness. *Substance Use & Misuse*, 49(14), 1857–66. doi:10.3109/10826084.2014.913628
- Strazdins, L., Lucas, N., Shipley, M., Mathes, R., Berry, H... et al., (2011). *Parent and child wellbeing and the influence of work and family arrangements: a three cohort study*. Camberra: Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs.
- Stufflebeam, D. L., et al. (1970). *Educational evaluation and decision making*. Columbus, Ohio: Ohio State University.
- Stufflebeam, D.L. y Shinkfield, A.J. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Suchman, E. A. (1967). *Evaluative Research: Principles and Practic in Public Service and Social Action Programs*. New York: Russell Sage Foundation.
- Syme, S.L. (1994). The social environment and health. *Daedalus*. Fal, 1, 79–86
- Tashakkori, A. y Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (2ª Ed.). Barcelona: Paidós Ibérica
- Tejedor, J. (2000). El diseño y los diseños en la evaluación de programas. *Revista de Investigación Educativa*, 18 (2), 319-339.
- Telleen, S., Herzog, A. y Kilbane, T. L. (1989). Impact of a family support program on mothers' social support and parenting stress. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 59(3), 410–9. Recuperado el 3 marzo de 2014 de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2764075>
- Thomson, S., Michelson, D. y Day, C. (2015). From parent to “peer facilitator”: a qualitative study of a peer-led parenting programme. *Child: Care, Health and Development*, 41(1), 76–83. doi:10.1111/cch.12132
- Torrado, M. (2004). Estudios de Encuesta. En R. Bisquerra y M. Sabariego (Eds.), *Metodología de la investigación educativa*. (p.231-258). Madrid: La Muralla.
- Trillingsgaard, T., Maimburg, R. D. y Simonsen, M. (2015). The Family Startup Program: study protocol for a randomized controlled trial of a universal group-based parenting support program. *BMC Public Health*, 15, 409–419. doi:10.1186/s12889-015-1732-3
- Tyler, R. (1950). *Basic principle of curriculum and instruction*. Chicago: Chicago University
- Uchino, B.N. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 377-387. doi: 10.1007/s10865-006-9056-5

- UCL-Institute of Health Equity (2012). *An Equal Start: Improving Outcomes in Children Centres: An evidence review*. London: University College London. Recuperado el 5 de Febrero de 2014 de:
<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/an-equal-start-improving-outcomes-in-childrens-centres>
- Umberson, D. y Williams, K. (1999). Family status and mental health. En C. S. Aneshensel y J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health*. (pp. 225–253). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Umberson, D., Stormshak, E. y Williams, K. (2013). Family Status and Mental Health: Recent Advances and Future Directions. En C. Aneshensel, J.C. Phelan, y A. Bierman (Eds.). *Handbook of the sociology of mental health*. (pp.405-431).New York: Springer.
- Universitat de Barcelona (2010). *Código de buenas prácticas en investigación*. Barcelona: Vicerectorat de Recerca. Vicerectorat de Política Científica i Docent. Agència de Polítiques i de Qualitat. Universitat de Barcelona. Recuperado el 20 de Mayo de 2014 de:
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/28543/1/codibonespractiques_spa.pdf
- Valdivia, C. (2008). La Familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*, 1, 15-22.
- Van Ryzin, M., Stormshak, E. y Dishion, T.J. (2012). Engaging Parents in the Family Check-Up in Middle School: Longitudinal Effects on Family Conflict and Problem Behavior Through the High School Transition. *Journal of Adolescent Health*, 50 (6), 627-633.
- Vázquez, N., Molina, M.C., Ramos, P. y Artazcoz, L. (2015). Propuesta de un instrumento en español para la medida de habilidades parentales. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. (En revisión)
- Vázquez, N., Ramos, P., Molina, M.C. y Artazcoz, L. (2015). Efecto de una intervención de promoción de la parentalidad positiva sobre el estrés parental. *Revista Aquichan*. (En revisión)
- Vega, J., Solar, O. e Irwin, A. (2010). *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción*. Recuperado el 9 de Enero de 2015 de:
http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf
- Victoria, C.G., Ruttly, S., Fuchs, S. y Olinto, M.T. (1997). The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *International Journal of Epidemiology*, 26 (1), 224-227.
- Viruell-Fuentes, E.A. (2011). "IT'S A LOT OF WORK". Du Bois Review. *Social Science Research on Race*, 8, 37-52. doi:10.1017/S1742058X11000117.

- Waldfoegel, J., Wen-Jui, H. y Brooks-Gunn, J. (2002). The Effects of Early Maternal Employment on Child Cognitive Development. *Demography*, 39 (2), 369-392.
- Webster-Stratton, C., Gaspar, M.F. y Seabra-Santos, M.J. (2012). Incredible Years Parent, Teachers and Children's Series: Transportability to Portugal of Early Intervention Programs for Preventing Conduct Problems and Promoting Social and Emotional Competence. *Psychosocial Intervention*, 21, 157-169. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a15>
- Webster-Stratton, C. (1997). From parent training to community building. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 78, 156-171.
- Weiss, C.H. (1972). *Evaluating social action programs: Reading in social action and evaluation*. Boston: Allyn and Bacon.
- Whitehead, M., Dahlgren, G., y Gilson, L. (2001). Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. En T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, y M. Wirth, *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. (pp. 309-322). New York: Oxford University Press.
- Whittaker, K.A., y Cowley, S. (2012). An Effective Programme is not Enough: A Review of Factors Associated with Poor Attendance and Engagement with Parenting Support Programmes. *Children and Society*, 26, 138-149.
- Whittle, S., Simmons, J. G., Dennison, M., Vijayakumar, N., Schwartz, O., Yap, M. B. H., ... Allen, N. B. (2014). Positive parenting predicts the development of adolescent brain structure: a longitudinal study. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 8, 7-17. doi:10.1016/j.dcn.2013.10.006
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada.
- Wright, P.J., Henggler, S.W., y Craig, L. (1986). Problems in paradise? A longitudinal examination of the transition to parenthood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 7, 277-291.
- Wright, R.J. (2013). *Research Methods for Counseling: An Introduction*. SAGE publications, Inc.
- Wiersma, W., y Jurs, S.G. (2005). *Research methods in education* (8ª Ed.). Boston: Pearson.
- Wilkinson, R., y Marmot, M. (2006) Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados (Ed. Española). Madrid.: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Wright, C.R. (1967). Evaluation Research. En D.L. Sills y R.K. Merton. *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: McMillan

ANEXOS

Los anexos se pueden consultar en el CD adjunto. La documentación incluida es:

- Anexo 1: Cuestionarios de evaluación de habilidades parentales originales (Ramos y Manzanares, 2012)
- Anexo 2: Proceso de reducción, adaptación y validación de las subescalas del “Cuestionario de evaluación de habilidades parentales”
- Anexo 3: Cuestionario Inicial-Programa habilidades parentales
- Anexo 4: Cuestionario Final- Programa habilidades parentales
- Anexo 5: Guión de entrevista individual o grupal profesionales
- Anexo 6: Guión de grupo de discusión padres y madres
- Anexo 7: Guión observación no participante
- Anexo 8: Convenio de colaboración ASPB-UB
- Anexo 9: Ramos, P., Vázquez, N., Pasarin, M. y Artazcoz, L. (2015). Evaluación de un programa piloto de habilidades parentales desde la perspectiva de salud pública. *Gaceta Sanitaria* [En prensa]
- Anexo 10: Vázquez, N., Ramos, P., Molina, M.C. y Artazcoz, L. (2015). Improving positive children development through a positive parenting intervention. Comunicación presentado en 17th European Conference on Developmental Psychology, Braga, Portugal.
- Anexo 11: Vázquez, N., Molina, M.C., Ramos, P. y Artazcoz, L. (2014). *Promoting Positive. A strategy to improve family resilience in context of social inequalities*. Comunicación presentada en Second World Congress On Resilience, Timisoara, Romania
- Anexo 12: Vázquez, N., Ramos, P. y Artazcoz, L. (2013). *Parentalidad positiva, determinantes sociales de la salud y resiliencia*. Comunicación presentada en II Congreso Europeo de Resiliencia, Bilbao, Espanya