Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación

Junta de Andalucía – POPI: Proyecto para la inclusión sociofamiliar en familias con menores en situación de absentismo y fracaso escolar

Octubre 2025

MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES

Junta de Andalucía

J-PAL

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

https://cpage.mpr.gob.es

© Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

Madrid, 2025

Autor:

Secretaría General de Inclusión

Edita y distribuye:

Secretaría General de Inclusión

Calle Agustín de Betancourt, 19. 28003 Madrid

Correo electrónico: sg.inclusion@inclusion.gob.es

Web: https://www.inclusion.gob.es/web/inclusion

NIPO PDF 121-25-005-7

Como citar:

Secretaría General de Inclusión del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2025). Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación. Junta de Andalucía – POPI: Proyecto para la inclusión sociofamiliar en familias con menores en situación de absentismo y fracaso escolar.

Este informe ha sido realizado por la Secretaría General de Inclusión (SGI) del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM) en el marco del Laboratorio de Políticas de Inclusión. En la elaboración de este informe se ha contado con la colaboración de la Junta de Andalucía, como entidad responsable de la ejecución del proyecto. Esta entidad colaboradora fue una de las que implementaron los proyectos piloto, y colaboró con la SGI para el diseño de la metodología de ensayo controlado aleatorizado (*Randomized Controlled Trial* o RCT por sus siglas en inglés), participando activamente en la provisión de la información necesaria para el diseño, seguimiento y evaluación del itinerario de inclusión social. Asimismo, su colaboración fue esencial para recabar los consentimientos informados, garantizando que las personas participantes en el itinerario fueron adecuadamente informadas y que su participación fue voluntaria.

La colaboración con J-PAL Europa ha sido un componente vital en los esfuerzos de la SGI por mejorar la inclusión social en España. Su equipo proporcionó apoyo técnico y compartió experiencia internacional, asistiendo a la Secretaría General en la evaluación integral de los programas piloto. A lo largo de esta asociación, J-PAL Europa ha demostrado consistentemente un compromiso con el fomento de la adopción de políticas basadas en la evidencia, facilitando la integración de datos empíricos en estrategias que buscan promover la inclusión y el progreso dentro de nuestra sociedad.

Este informe de evaluación se ha llevado a cabo utilizando los datos disponibles en el momento de su redacción y se basa en el conocimiento adquirido sobre el proyecto hasta esa fecha. La SGI se reserva el derecho de matizar, modificar o profundizar en los resultados presentados en este informe en el futuro. Estas potenciales variaciones podrían basarse en la disponibilidad de datos adicionales, avances en las metodologías de evaluación o la aparición de nueva información relativa al proyecto que pueda influir en la interpretación de los resultados.

Índice

RESUMEN EJECUTIVO **1**

1 INTRODUCCIÓN **3**

2 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y SU CONTEXTO **8**

2.1 INTRODUCCIÓN 8

2.2 POBLACIÓN OBJETIVO Y ÁMBITO TERRITORIAL 9

2.3 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES 10

3 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN **11**

3.1 TEORÍA DEL CAMBIO 12

3.2 HIPÓTESIS 13

3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN 14

3.4 INDICADORES 15

3.5 DISEÑO DEL EXPERIMENTO 17

4 DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN **20**

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA 20

4.2 RESULTADOS DE LA ASIGNACIÓN ALEATORIA 23

4.3 GRADO DE PARTICIPACIÓN Y DESGASTE POR GRUPOS 26

5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN **30**

5.1 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ECONOMÉTRICO: REGRESIONES ESTIMADAS 30

5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 30

6 CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN **34**

BIBLIOGRAFÍA **36**

APÉNDICE **38**

MARCO TEMPORAL Y AGENTES RELEVANTES 38

EQUILIBRIO ENTRE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES 40

Resumen ejecutivo

- El **Ingreso Mínimo Vital (IMV),** establecido en mayo de 2020, es una política de renta mínima que tiene como objetivo garantizar unos mínimos ingresos a los colectivos vulnerables y proporcionar vías que fomenten su integración sociolaboral.
- En el marco de esta política, el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM) impulsó una estrategia para el fomento de la inclusión mediante proyectos piloto de innovación social, que se vehiculizó en el **Laboratorio de Políticas de Inclusión**. Estos proyectos se evaluaron conforme a los estándares de rigor científico y usando la metodología de **ensayo controlado aleatorizado** (*Randomized Controlled Trial*, o RCT por sus siglas en inglés).
- Este documento presenta los resultados de evaluación y principales hallazgos del proyecto **"POPI: Proyecto para la inclusión sociofamiliar en familias con menores en situación de absentismo y fracaso escolar"**, que se llevó a cabo en cooperación entre el **MISSM** y la **Junta de Andalucía.**
- Este estudio evalúa el desarrollo de **itinerarios de inclusión sociofamiliar**, que incluían acompañamiento profesional a familias y a menores. El proyecto estaba dirigido a familias que tenían a su cargo menores de entre 6 y 16 años que se encontraban en situación de absentismo escolar y/o vulnerabilidad social, residentes en zonas desfavorecidas de Andalucía.
- Todas las personas participantes del proyecto tuvieron acceso a actuaciones individualizadas familiares y sesiones de acción tutorial con las personas tutoras académicas de las personas menores. Además, las personas adultas a cargo de menores del **grupo de tratamiento** tuvieron acceso a sesiones grupales de dinámicas familiares y de capacitación digital y, las personas menores de dicho grupo, a sesiones grupales de inteligencia emocional y competencias académicas.
- El proyecto se ejecutó en 28 entidades locales pertenecientes a las ocho provincias de Andalucía: Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla e involucró a un total de 2.313 hogares, incluyendo a 3.739 menores. Se asignaron al grupo de tratamiento (GT) 724 familias, y al grupo de control (GC) 723 familias. El resto fueron asignadas a un grupo de reserva para cubrir potenciales abandonos.
- En los resultados principales de la evaluación no se observaron impactos positivos estadísticamente significativos del itinerario sociofamiliar extendido del grupo de tratamiento en la reducción de las faltas de asistencia, competencias académicas básicas y hábitos escolares y autoestima de las personas menores, ni en las competencias parentales de las unidades familiares. Sin embargo, se dio una alta adherencia al proyecto a pesar del volumen y la diversidad de entidades locales que lo ejecutaron de manera simultánea. Este aspecto resulta muy significativo en el contexto de una población en situación de

vulnerabilidad o exclusión social, que mantiene unas relaciones muy frágiles con los sistemas y los recursos públicos.

1 Introducción

Marco Normativo General

El Ingreso Mínimo Vital (IMV), regulado por la Ley 19/2021[1], por la que se establece el IMV, es una prestación económica que tiene como objetivo principal prevenir el riesgo de pobreza y exclusión social de las personas en situación de vulnerabilidad económica. Así, forma parte de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social en su modalidad no contributiva y responde a las recomendaciones de diversos organismos internacionales de abordar la problemática de la desigualdad y de la pobreza en España.

La prestación del IMV tiene un doble objetivo: proporcionar un sustento económico a aquellos que más lo necesitan y fomentar la inclusión social e inserción en el mercado laboral. Se trata así de una de las medidas de inclusión social diseñadas por la Administración General del Estado (AGE), junto con el apoyo de las comunidades autónomas, el Tercer Sector de Acción Social y las corporaciones locales[2]. Constituye una política central del Estado del Bienestar que tiene por objetivo dotar de unos mínimos recursos económicos a todas las personas del territorio español, con independencia de dónde residan.

El IMV va más allá de ser una mera prestación económica y ampara el desarrollo de una serie de programas complementarios que promuevan la inclusión sociolaboral. Sin embargo, el abanico de programas de inclusión posibles es muy amplio y el gobierno decidió pilotar diferentes programas e intervenciones con el fin de evaluarlas y generar conocimiento que permitiera priorizar ciertas acciones. Surge así un laboratorio de innovación en políticas públicas de referencia a nivel mundial, denominado Laboratorio de Políticas de Inclusión, en el que se han impulsado proyectos piloto, de itinerarios de inclusión, evaluados acorde a los más altos estándares científicos.

Con el fin de respaldar la implementación de políticas públicas y sociales basadas en evidencia empírica, el Gobierno de España decidió evaluar los proyectos piloto de inclusión social mediante la metodología de ensayo controlado aleatorizado (*Randomized Controlled Trial* o RCT por sus siglas en inglés). Esta metodología, que ha ganado relevancia en los últimos años, representa una de las herramientas más rigurosas para medir el impacto causal de una intervención de política pública o un programa social sobre indicadores de interés, como por ejemplo la inserción sociolaboral o el bienestar de las personas beneficiarias.

Concretamente, el RCT es un método experimental de evaluación de impacto en el que una muestra representativa de la población potencialmente beneficiaria de un programa o política pública se asigna aleatoriamente o a un grupo que recibe la intervención o a un grupo de comparación que no la recibe durante la duración de la evaluación. Gracias a la aleatorización en la asignación del programa, esta metodología es capaz de identificar estadísticamente el impacto causal de una intervención en una

[1] Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el Ingreso Mínimo Vital (BOE-A-2021-21007).

[2] Artículo 31.1 de la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el Ingreso Mínimo Vital.

serie de variables de interés, y permite analizar el efecto de esta medida, lo que ayuda a determinar si la política es adecuada para alcanzar los objetivos de política pública planeados. Las evaluaciones experimentales permiten obtener resultados del efecto de la intervención rigurosos, es decir, qué cambios han experimentado las personas participantes en sus vidas debido a la intervención. Además, estas evaluaciones facilitan un análisis exhaustivo del programa y sus efectos, facilitando aprendizajes sobre por qué el programa fue eficaz, quién se benefició más de las intervenciones, si estas tuvieron efectos indirectos o no esperados, y qué componentes de la intervención funcionaron y cuáles no.

Estas evaluaciones se enfocaron en el fomento a la inclusión sociolaboral en las personas beneficiarias del IMV, de rentas mínimas autonómicas y en otros colectivos vulnerables. De esta manera, se estableció un diseño y una evaluación de impacto de políticas de inclusión orientadas a resultados, para ofrecer evidencia para la toma de decisiones y su potencial aplicación en el resto de los territorios. El impulso y coordinación de más de 30 proyectos piloto desde el Gobierno de España constituye el Laboratorio de Políticas de Inclusión.

Para la puesta en marcha y desarrollo del Laboratorio de Políticas de Inclusión, la Secretaría General de Inclusión (SGI) estableció un marco de gobernanza que permitió aplicar una metodología clara y potencialmente escalable para el diseño de futuras evaluaciones y el fomento de la toma de decisiones en base a evidencia empírica. La AGE tuvo una triple función como impulsora, evaluadora y ejecutiva de los diferentes programas. Diferentes administraciones autonómicas y locales y organizaciones del Tercer Sector de Acción Social implementaron los programas, colaborando estrechamente en todas sus facetas incluida la evaluación y seguimiento. Además, el Ministerio contó con el apoyo académico y científico de J-PAL Europa y del Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI), como socios estratégicos para asegurar el rigor científico en las evaluaciones. Asimismo, el Laboratorio de Políticas de Inclusión cuenta con un Comité Ético[3], que vela por el más estricto cumplimiento de la protección de los derechos de las personas participantes en los itinerarios de inclusión social.

El presente informe se refiere a **"POPI: Proyecto para la inclusión sociofamiliar en familias con menores en situación de absentismo y fracaso escolar"**, ejecutado por la Junta de Andalucía.

Contexto del proyecto

El absentismo escolar y la vulnerabilidad social de las personas menores son dos problemas interrelacionados que plantean desafíos significativos en el ámbito de las políticas de inclusión. Estos fenómenos afectan negativamente el desarrollo integral de la infancia y la adolescencia, comprometiendo su acceso a la educación, su bienestar emocional y su futuro socioeconómico.

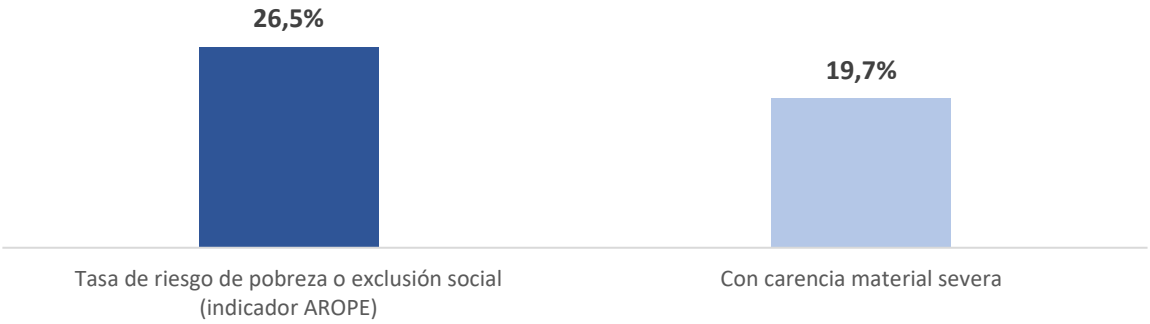
Las personas menores en situación de vulnerabilidad social tienen mayores probabilidades de enfrentar dificultades para asistir regularmente a la escuela, ya sea debido a la falta de recursos económicos, la falta de apoyo familiar o la exposición a entornos desfavorables. A su vez, el

[3] Regulado por la Orden ISM/208/2022, de 10 de marzo, por la que se crea el Comité Ético vinculado a los itinerarios de inclusión social.

absentismo escolar puede agravar la vulnerabilidad social de las personas menores, ya que limita su acceso a la educación, reduce sus oportunidades de desarrollo y aumenta su riesgo de exclusión social.

En España, la vulnerabilidad infantil es una de las problemáticas más relevantes, tal y como muestra la **Figura 1** (Eurostat, 2024). En el año 2023 el 26,5% de las personas menores de 16 años vivieron en hogares considerados en riesgo de pobreza o exclusión social según el indicador AROPE[4] (*At risk of poverty or social exclusion*, por sus siglas en inglés). Asimismo, con relación a los componentes del indicador AROPE, destaca el componente con carencia material severa (19,7%).

Figura 1: Riesgo de pobreza o exclusión social (Indicador AROPE) menores de 16 años



Fuente: *Living conditions and welfare, Eurostat*.

Marco normativo asociado al proyecto y estructura de gobernanza

Existen normativas y planes estratégicos que regulan la pobreza y vulnerabilidad socioeconómica infantil, así como las competencias marentales/parentales. Desde la Comisión Europea, se publicó en junio de 2021 la Recomendación (UE) 2021/1004 por la que se establece una Garantía Infantil Europea[5]. Este documento invita a los estados miembros a implementar un plan nacional destinado a garantizar el acceso a los derechos básicos de salud y educación a menores en riesgo de pobreza y exclusión social.

[4] La población en riesgo de pobreza o exclusión social está definida según unos criterios establecidos por Eurostat. Es aquella población que está al menos en alguna de estas tres situaciones: (1) En riesgo de pobreza (ingresos equivalentes por debajo del 60% de la mediana de ingresos por unidad de consumo). (2) En carencia material y social severa (si declara tener carencia en al menos siete elementos de los 13 de una lista que incluye, por ejemplo, no poder permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días, mantener la vivienda con una temperatura adecuada, tener dos pares de zapatos en buenas condiciones o sustituir ropa estropeada por otra nueva). (3) En hogares sin empleo o con baja intensidad en el empleo (hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año anterior al de la entrevista).

[5] La Garantía Infantil Europea aporta una orientación y las herramientas para que los países de la UE implementen planes estratégicos dirigidos a garantizar el acceso a servicios esenciales de salud y educación a los menores.

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32021H1004

En el ámbito nacional, el Gobierno de España aprobó en julio de 2022 el Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030)[6]. Entre los desafíos identificados en este plan, se destaca el de "promover la equidad educativa a través de una educación comprensiva y flexible, capaz de adaptarse a las necesidades individualizadas, especialmente de los niños y niñas con mayor vulnerabilidad".

Además, a nivel estatal, destacan la Ley Orgánica 8/2021, que protege a la infancia frente a la violencia y promueve la parentalidad positiva, y la Ley Orgánica 8/2015, que modifica el marco normativo de protección de la infancia. El Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea busca romper el ciclo de la pobreza infantil.

Finalmente, toda la normativa europea, nacional y regional se encuentra en línea con el marco establecido en la Agenda 2030 y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

El proyecto objeto de este informe estaba alineado con las estrategias europeas, nacionales y autonómicas en el ámbito de la educación, tutorización y de integración social de las personas escolarizadas, así como con la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, contribuyendo específicamente a los ODS 1, 4, 5 y 10.

Dada esta situación, la Junta de Andalucía concibió un proyecto dirigido a abordar el absentismo y la vulnerabilidad social de menores y familias en zonas desfavorecidas de Andalucía mediante itinerarios de inclusión sociofamiliar con acompañamiento profesional para familias y menores.

El objetivo científico del proyecto implicaba evaluar a través de un RCT tanto la mejora como la prevención de situaciones de absentismo escolar, así como el fortalecimiento de competencias relacionadas con las dinámicas familiares y las habilidades de los menores en áreas fundamentales. Estos aspectos incluían su autoestima y rendimiento académico en materias esenciales como lengua y matemáticas. Con ello se buscaba proporcionar evidencia correlacional y causal sobre la relevancia de los programas de mentoría en lectura y tutoría en matemáticas para orientar la investigación, la política, y la práctica educativa hacia el uso de estas metodologías como un factor crucial para el desarrollo humano tanto a corto como a largo plazo.

El marco de gobernanza configurado para la correcta ejecución y evaluación del proyecto incluía los siguientes actores:

- La **Junta de Andalucía a través de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad**, como entidad responsable de la ejecución del proyecto.

[6] El Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030) representa la herramienta principal con la que España pone en marcha la Recomendación (UE) 2021/1004 por la que se establece una Garantía Infantil Europea destinada a romper el círculo de la pobreza infantil.

https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/docs/PlanAccion_MAS.pdf

- El **Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones**, como financiador del proyecto y responsable de la evaluación RCT. Por ello, la SGI asumió una serie de compromisos con la Junta de Andalucía:
    - Proporcionar a la entidad beneficiaria apoyo para el diseño de las actuaciones a realizar, para la ejecución y seguimiento del objeto de la subvención, así como para el perfilado de las potenciales personas participantes del proyecto piloto.
    - Diseñar la metodología RCT del proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria y con los colaboradores científicos. Asimismo, llevar a cabo la evaluación del proyecto.
    - Velar por el estricto cumplimiento de las consideraciones éticas obteniendo el visto bueno del Comité de Ética.
- **CEMFI y J-PAL Europa,** como instituciones científicas y académicas que apoyaron al MISSM en el diseño y evaluación RCT del proyecto.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el presente informe tiene la siguiente estructura. En la **sección 2** se realiza una **descripción del proyecto**, detallándose la problemática que se quería resolver, las intervenciones concretas asociadas a cada uno de los modelos de formación para la mejora del rendimiento académico en las habilidades lectoras y matemáticas, y el público objetivo al que se dirigía la intervención. A continuación, la **sección 3** contiene información relativa al **diseño de la evaluación**, definiéndose la Teoría del Cambio vinculada con el proyecto y las hipótesis, fuentes de información e indicadores utilizados. En la **sección 4** se describe la **implementación de la intervención**, analizando la muestra, los resultados de la aleatorización y el grado de participación y desgaste de la intervención. A este apartado le sigue la **sección 5** donde se presentan **los resultados de la evaluación**, con un análisis pormenorizado del análisis econométrico llevado a cabo y los resultados para cada uno de los indicadores utilizados. Las **conclusiones** generales de la evaluación del proyecto se describen en la **sección 6**. En el **apéndice** se aporta información adicional sobre los instrumentos de gestión y la gobernanza del proyecto piloto.

Comité Ético vinculado a los Itinerarios de Inclusión Social

En el curso de una investigación con seres humanos, ya sea en el ámbito de la biología o de las ciencias sociales, las personas que investigan y trabajan asociadas al programa a menudo afrontan dilemas éticos o morales en el desarrollo del proyecto o su implementación. Por ese motivo, en numerosos países es una práctica habitual la creación de comités de ética que verifican la viabilidad ética de un proyecto, así como su cumplimiento con la legislación vigente en investigación con seres humanos. El Informe Belmont (1979) del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, expone tres principios éticos fundamentales –respeto a las personas, beneficio y justicia– que constituyen el marco de referencia más habitual en que actúan los comités de ética, además de la legislación correspondiente en cada país.

Con el objetivo de proteger los derechos de las personas participantes en el desarrollo de los itinerarios de inclusión social y velar porque se garantice su dignidad y el respeto a su autonomía e intimidad, la Orden ISM/208/2022 de 10 de marzo creó el Comité Ético vinculado a los Itinerarios de Inclusión Social. El Comité Ético, adscrito a la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social, se componía por un presidente –con una destacada trayectoria profesional en defensa de los valores éticos, un perfil científico social de reconocido prestigio y experiencia en procesos de evaluación– y dos personas expertas designadas como vocales.

El Comité Ético llevó a cabo el análisis y asesoramiento de las cuestiones de carácter ético que surgieron en la ejecución, desarrollo y evaluación de los itinerarios, formulando propuestas en aquellos casos que presentaban conflictos de valores, y aprobando los planes de evaluación de todos los itinerarios. En particular, el Comité Ético emitió su aprobación para el desarrollo de la presente evaluación el 19 de julio de 2023.

2 Descripción del programa y su contexto

Esta sección describe el programa que la Junta de Andalucía implementó en el marco del proyecto piloto. Se describe la población objetivo y el marco territorial, así como la intervención en detalle.

2.1 Introducción

El objetivo principal del proyecto consistió en desarrollar itinerarios de inclusión sociofamiliar para familias que tuvieran a su cargo menores de entre 6 y 16 años en situación de absentismo escolar y/o vulnerabilidad social, residentes en áreas identificadas como desfavorecidas. A través de un acompañamiento profesional dirigido a familias y menores, se perseguía aumentar su nivel de participación, uso y adherencia a una serie de recursos públicos y privados con el objetivo de mejorar su situación de desventaja social y prevenir o reducir situaciones de absentismo escolar.

La evidencia empírica en relación con las intervenciones dirigidas a abordar la problemática de la pobreza infantil y la inclusión social se extendió desde intervenciones puramente económicas hasta

aquellas dirigidas a la inserción laboral y social de las familias. El metaanálisis realizado por Morrison et al. (2014) examinó diferentes programas dirigidos a mejorar las competencias parentales en países europeos. Por ejemplo, programas como *Family Nurse Partnership* y *Positive Parenting Programme* en Escocia y la intervención *Preparing for Life* en Irlanda, demostraron resultados positivos al proporcionar visitas de profesionales de la enfermería y el trabajo social a madres de menores de 0 a 3 años en áreas socioeconómicamente vulnerables. Estas visitas tenían como objetivo transferir conocimientos sanitarios y ofrecer talleres para mejorar las competencias marentales/parentales. La evaluación y diseño RCT de estos programas mostraron un impacto positivo en el comportamiento marental/parental y en los indicadores de salud de menores, como ocurrió con los niveles de inmunización.

En cuanto al entrenamiento en competencias, numerosos estudios empíricos respaldan la eficacia de las tutorías utilizando la metodología RCT. Metaanálisis como los de Nickow et al. (2020) y Alegre et al. (2019) han demostrado consistentemente que las tutorías tienen un impacto significativo y positivo en los resultados del aprendizaje, considerándolas herramientas versátiles, rentables y potencialmente transformadoras en el contexto educativo actual. A nivel nacional, destaca el programa "Leemos en Pareja", evaluado en Zambrano et al. (2013) a través de RCT, así como el proyecto MENTTORES evaluado por Gortazar et al. (2023), que han mostrado mejoras sustanciales en el rendimiento académico y en otros aspectos sociales y educativos entre estudiantes vulnerables.

Además, numerosos estudios respaldan el éxito de los programas centrados en el entrenamiento en habilidades socioemocionales. Por ejemplo, el programa *Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)*, implementado en varios países, ha demostrado efectos positivos en las tasas de agresión, competencia social y compromiso académico de menores (Greenberg et al., 1995; Shonfeld et al., 2015). En el contexto canadiense, intervenciones como *The Roots of Empathy* y *MindUP* han tenido un impacto positivo en la participación del estudiantado en comportamientos prosociales, así como en el aumento del control cognitivo, la empatía y la aceptación grupal (Schonert-Reichl et al., 2012, 2015).

2.2 Población objetivo y ámbito territorial

El proyecto estaba dirigido a unidades familiares perceptoras del IMV o de la Renta Mínima de Inserción Social de Andalucía o que se encontraran en situación de vulnerabilidad, residentes en zonas desfavorecidas de la región, con menores de edad de 6 a 16 años y con un significativo grado de absentismo escolar. Las zonas desfavorecidas de Andalucía, determinadas en el Acuerdo de 28 de agosto de 2018, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social (BOJA n.º número 172 de 05/09/2018), son espacios donde concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que son significativamente apreciables problemas en materia de vivienda, deterioro urbanístico y déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos, elevados índices de absentismo y fracaso escolar, altas tasas de desempleo junto a graves carencias formativas profesionales, significativas deficiencias higiénico sanitarias y destacados fenómenos de desintegración social.

El proyecto se ejecutó en las siguientes entidades locales que cuentan con zonas desfavorecidas: El Ejido, Níjar, Roquetas de Mar, Algeciras, Arcos de la Frontera, Barbate, Cádiz, Chiclana de la Frontera, Jerez de la Frontera, San Roque, Córdoba, Palma del Río, Granada, Loja, Motril, Huelva, Isla Cristina, Diputación de Huelva, Málaga, Marbella, Torremolinos, Vélez-Málaga, Diputación de Málaga, Coria del Río, Dos Hermanas, Los Palacios y Villafranca, Morón de la Frontera y San Juan de Aznalfarache. Fueron un total de 28 Entidades Locales ejecutoras, entre Ayuntamientos y Diputaciones, pertenecientes a las ocho provincias de Andalucía: Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla.

2.3 Descripción de las intervenciones

El proyecto abordó la complejidad de las dinámicas individuales y familiares presentes en familias en situación de vulnerabilidad y exclusión social mediante una perspectiva holística. El objetivo de la intervención era producir un impacto significativo en la reducción del absentismo escolar, el aumento del éxito educativo y la disminución del abandono escolar temprano para mejorar sus procesos de inclusión social.

Se diseñaron dos tipos de itinerarios de inclusión sociofamiliar, dependiendo de si la familia estaba asignada al grupo de control o al grupo de tratamiento. A todas las familias (grupo de tratamiento y grupo de control) se les ofreció la cartera de servicios ordinaria de los servicios sociales comunitarios, en base a su diagnóstico sociofamiliar, y se les orientó hacia los recursos comunitarios de cada entidad local. Las personas participantes tuvieron acceso a, por lo menos, cuatro sesiones de itinerarios de inclusión sociofamiliar de carácter individualizado, donde se atendió a cada una de las familias participantes, dentro de un proceso personalizado de acompañamiento, orientación, capacitación e inclusión para atender y potenciar las necesidades de las personas adultas y menores.

Además, la planificación realizada incluía tres sesiones de coordinación con otros sistemas en los que participó el personal técnico de seguimiento y acompañamiento de las familias, junto con las personas tutoras de cada menor. El objetivo de estas sesiones comprendió la coordinación de las acciones de ambos sistemas, consiguiendo generar acciones más sinérgicas e integrales.

Por otro lado, las unidades familiares del grupo de tratamiento, en base a su diagnóstico, contaron además con una serie de recursos dispuestos específicamente para este grupo y que incidieron en la reducción del absentismo escolar. En particular:

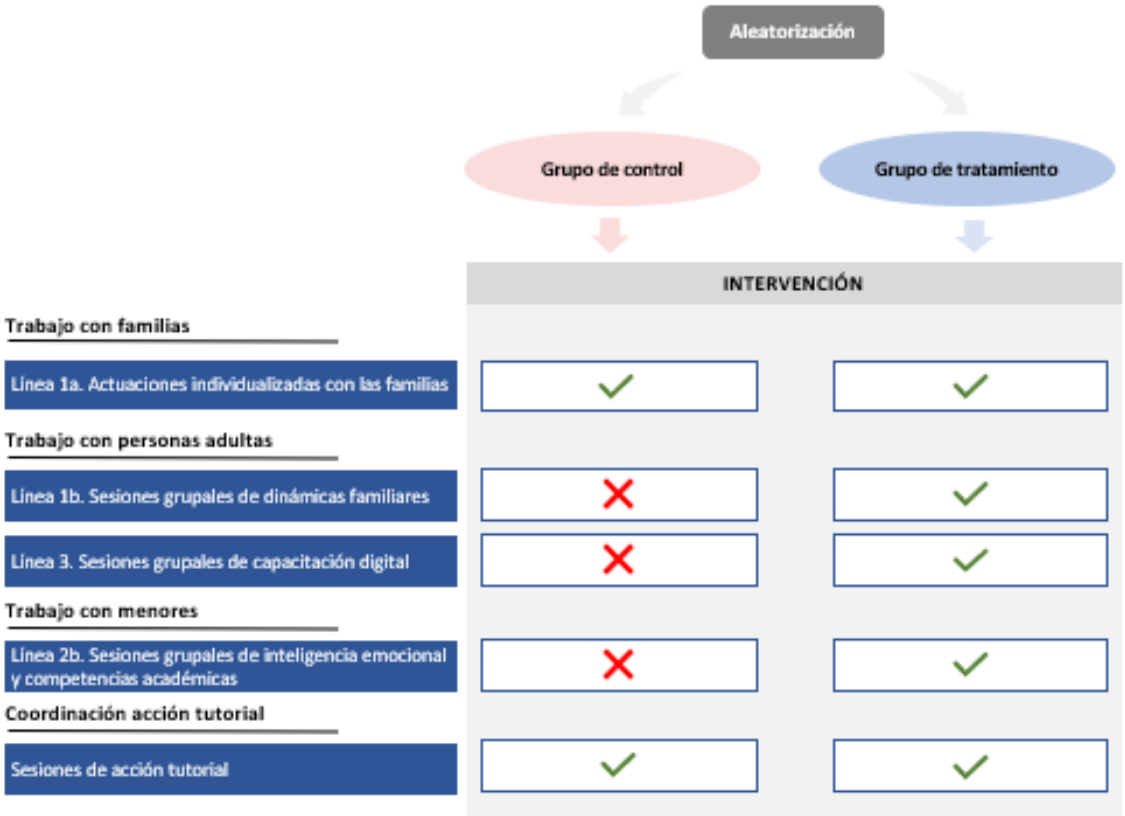
- **Sesiones grupales de dinámicas familiares** dirigidas a personas adultas de la unidad familiar. Se realizaron, al menos, tres sesiones de 90 minutos de duración, dirigidas a grupos de 10 personas aproximadamente. Estas sesiones tuvieron como objetivo principal mejorar la parentalidad y marentalidad positiva, generando mayor autonomía en las personas componentes de la unidad familiar.
- **Sesiones grupales de competencias digitales** dirigidas a las personas adultas de la unidad familiar. Se realizaron, al menos, tres sesiones de 90 minutos de duración, dirigidas a grupos de 10 personas aproximadamente. Estas sesiones estaban dirigidas a la mejora de las

competencias digitales de las personas adultas de las unidades familiares, incidiendo en la reducción de la brecha digital cotidiana.

- **Sesiones grupales de autoestima, inteligencia emocional y competencias académicas** en matemáticas y lenguaje, dirigidas a menores. Se realizaron, al menos, diez sesiones de 90 minutos de duración, dirigidas a grupos de 10 personas aproximadamente. Se desarrollaron de forma continua durante todo el periodo de desarrollo de los itinerarios de inclusión sociofamiliar (sin interrupción en el periodo estival), y, se dividieron en dos grupos de edad (cada uno con 10 menores participantes): de 6 a 10 años y de 11 a 16 años.

Al objeto de garantizar la homogeneidad metodológica en la intervención realizada por las entidades locales, se establecieron unos estándares mínimos de actuación para cada una de las sesiones, tanto en el grupo de control como en el de tratamiento.

La **Figura 2** resume las intervenciones correspondientes al grupo de tratamiento y al grupo de control.



3 Diseño de la evaluación

Esta sección describe el diseño de la evaluación de impacto de los programas descritos en la sección anterior. Se describe la Teoría del Cambio que identificaba los mecanismos y aspectos a medir, las

hipótesis que se iban a contrastar en la evaluación, las fuentes de información para construir los indicadores, los indicadores y el diseño del experimento.

3.1 Teoría del Cambio

Con el objetivo de diseñar una evaluación que permitiera entender la relación causal entre la intervención y el objetivo final de la misma, se empezó elaborando una Teoría del Cambio. La Teoría del Cambio permite esquematizar la relación entre las necesidades identificadas en la población objetivo, las prestaciones o servicios que la intervención provee, y los resultados, tanto inmediatos como a medio-largo plazo, que busca la intervención, entendiendo las relaciones entre ellos, los supuestos sobre los que descansan y esbozando medidas o indicadores de resultados.

Teoría del Cambio

Una Teoría del Cambio comienza con la correcta identificación de las necesidades o problemáticas que se pretenden abordar y sus causas subyacentes. Este análisis de situación debe guiar el diseño de la intervención, es decir, las actividades o productos que se proporcionan para aliviar o resolver las necesidades, así como los procesos necesarios para que el tratamiento sea implementado adecuadamente. A continuación, se identifica qué efecto/s es previsible que suceda/n, en función de la hipótesis de partida, es decir, qué cambios —de comportamiento, expectativas o conocimiento—se espera obtener a corto plazo con las actuaciones realizadas. Finalmente, el proceso concluye con la definición de los resultados a medio-largo plazo que la intervención pretende conseguir. En ocasiones, se identifican como resultados intermedios los efectos directamente obtenidos con las actuaciones y en los finales, los efectos indirectos.

La elaboración de una Teoría del Cambio es un elemento fundamental para la evaluación de impacto. En la etapa de diseño, la Teoría del Cambio ayuda a la formulación de hipótesis y a identificar los indicadores necesarios para la medición de resultados. Una vez obtenidos los resultados, la Teoría del Cambio facilita, si no son los esperados, detectar qué parte de la hipotética cadena causal falló, así como identificar, en caso de resultados positivos, los mecanismos a través de los cuáles el programa funciona. Así mismo, la identificación de los mecanismos que posibilitaron el cambio esperado permite una mayor comprensión de la posible generalización o no de los resultados a contextos diferentes.

En este contexto, la Teoría del Cambio se erige como un instrumento esencial para guiar esta iniciativa dirigida a abordar la problemática del absentismo y la vulnerabilidad social de menores y unidades familiares que residen en zonas desfavorecidas de Andalucía. Esta problemática representa un obstáculo significativo que agrava y dificulta los procesos de inclusión social.

Con el fin de abordar el absentismo y la vulnerabilidad social del alumnado, el proyecto propuso un Itinerario de inclusión sociofamiliar, coordinado a través de un equipo de acompañamiento familiar, que buscaba desencadenar un efecto “cascada”, utilizando recursos y acciones como conductos para lograr impactos significativos en la situación de cada menor y su familia. El itinerario incluía entrenamiento en competencias marentales/parentales destinadas a las personas adultas de la familia y entrenamiento en competencias académicas y autoestima dirigido a las personas menores.

Todos estos recursos y actividades realizadas se materializaron en una serie de productos. Al medir los productos obtenidos, se identificó si las personas beneficiarias habían recibido las actividades o insumos y con qué intensidad. Recibir adecuadamente los recursos y actividades realizadas resultaba indispensable para que el programa pudiera alcanzar los resultados intermedios y finales esperados. En el marco de este proyecto, los productos fueron las unidades familiares entrenadas en competencias marentales/parentales y el número de personas menores entrenadas en competencias académicas. Sin la recepción de estos productos o prestaciones, no cabía esperar mejoras en la situación de las personas beneficiarias.

En el corto plazo se esperaba que las actuaciones impactasen positivamente en las competencias marentales/parentales de las unidades familiares, así como en la autoestima y las competencias académicas y hábitos escolares de las personas menores, y en su inclusión en el medio escolar y social. Se anticipaba que estos resultados intermedios conducirían a una reducción del absentismo escolar.

En la siguiente figura se ilustra esta secuencia causal de acciones, iniciada por las necesidades o problemáticas identificadas y las actividades y recursos necesarios para poder obtener los cambios esperados en las personas participantes.

Figura 3: Teoría del Cambio

3.2 Hipótesis

Tal y como se detallaba en la Teoría del Cambio, el objetivo final del proyecto era reducir el absentismo escolar del alumnado residente en zonas desfavorecidas de Andalucía; esto se conseguiría a través de una serie de resultados intermedios relacionados con la mejora de las competencias marentales/parentales, así como de la autoestima y competencias académicas y hábitos escolares de las personas menores y su inclusión en el medio escolar y social. En consecuencia, al evaluar el modelo, se formularon diversas hipótesis alineadas con los resultados intermedios y finales definidos en la

Teoría del Cambio. Este enfoque metodológico buscaba ofrecer un análisis detallado y fundamentado, proporcionando así una base sólida para decisiones informadas y estratégicas en el ámbito de las políticas públicas.

A continuación, se exponen las hipótesis a contrastar en relación con cada uno de los bloques de resultados. En las siguientes secciones se describen las fuentes de información de los indicadores que se utilizaron en cada una de las hipótesis.

1. Mejora de la asistencia escolar

Para evaluar el éxito de la intervención sobre el absentismo del alumnado se estableció la hipótesis de que las intervenciones en competencias marentales/parentales con las familias y en competencias académicas y autoestima con las personas menores, reducirían el absentismo escolar.

2. Mejora de las competencias académicas básicas y hábitos escolares

La hipótesis principal postulaba que las intervenciones, en competencias académicas y autoestima con el alumnado, mejorarían su rendimiento escolar. También se planteaban las hipótesis secundarias de que las intervenciones diferenciales del grupo de tratamiento recibidas por las personas menores mejorarían su rendimiento escolar autopercibido y sus hábitos escolares autopercibidos.

3. Mejora de la autoestima

Se postuló la hipótesis de que las intervenciones en inteligencia emocional recibidas por las personas menores mejorarían su autoestima autopercibida.

4. Mejora en competencias marentales/parentales de las unidades familiares

Se formuló la hipótesis principal de que las intervenciones en competencias marentales/parentales con las familias mejorarían las dinámicas familiares. También se planteó la hipótesis secundaria de que las mencionadas intervenciones mejorarían la relación de contacto entre la familia y el centro educativo, así como la actitud de madres/padres hacia el rendimiento educativo de cada menor.

5. Mejora de la inclusión en el medio escolar y social

Para examinar el impacto en la inclusión en el medio escolar se empleó como hipótesis principal que las intervenciones en competencias académicas y autoestima con el alumnado mejorarían su actitud en clase. También se postuló la hipótesis secundaria de que las intervenciones en competencias marentales/parentales con las familias mejorarían la cobertura de necesidades básicas de las personas menores en el aula, y los cuidados cotidianos (necesidades básicas) que recibían.

3.3 Fuentes de información

Para recoger la información necesaria para construir los indicadores de resultado, se recurrió a tres cuestionarios *ad hoc*:

- **Diagnóstico sobre autovaloración de las dinámicas familiares**: este cuestionario, que debía cumplimentar una persona progenitora o tutora legal de cada menor, exploraba diferentes aspectos de la vida familiar y las dinámicas. Se abordaban temas como los cuidados cotidianos,

la competencia parental, la relación entre afectividad y límites, la comunicación y el conflicto, y la actitud hacia el rendimiento educativo de tales menores.

- **Diagnóstico absentismo vulnerabilidad**: este cuestionario, que debía cumplimentar la persona tutora del centro escolar al que asistía la persona menor, examinaba las necesidades y desafíos que enfrentaban tales menores en términos de educación y bienestar social. Incluía un cuestionario que recopilaba información sobre la edad de cada menor, contexto educativo, circunstancias personales y situación familiar. El cuestionario abarcaba áreas como necesidades básicas, comportamiento en el aula, relación con el personal docente, habilidades académicas básicas y relación entre la familia y la institución educativa.
- **Diagnóstico sobre autoestima y competencias:** este cuestionario, que debía cumplimentar cada menor, exploraba su autopercepción en relación con su autoestima, su interacción con compañeros y familiares, su rendimiento académico y su actitud hacia el colegio. Se crearon dos versiones diferentes del cuestionario, una dirigida a menores de 6 a 10 años y otra para menores de 11 a 16 años.

La recogida de datos se llevó a cabo desde cada una de las entidades locales que participaron en el proyecto en dos momentos distintos: **antes** (encuesta de línea de base) y **al final** (encuesta final) de la intervención.

3.4 Indicadores

En esta sección se describen los indicadores utilizados para la evaluación de impacto del itinerario, divididos por temáticas relacionadas con las hipótesis anteriormente descritas.

1. Mejora de la asistencia escolar

Porcentaje de faltas de asistencia: tanto por uno de faltas de asistencia de las personas menores a clase sobre el total teórico. El número de faltas de asistencia se contabilizó en días en primaria y en horas de clase en secundaria. Para los datos de línea de base se tuvo en cuenta el primer trimestre del curso escolar 2022-2023 y para la encuesta final los días correspondientes al primer trimestre del curso escolar 2023-2024 hasta la finalización de la ejecución del proyecto en el mes de noviembre de 2023.

2. Mejora de las competencias académicas básicas y hábitos escolares

Estimación general sobre comprensión lectora y expresión oral: indicador que recogía el diagnóstico realizado por la persona tutora del centro escolar de la persona menor sobre las competencias académicas en lengua. El indicador seguía una escala de 1 a 3, donde el valor 1 indicaba carencia o inexistencia de las competencias, el valor 2 reflejaba la presencia ocasional o esporádica de las mismas, mientras que el valor 3 representaba una presencia estable o una calidad superior de las competencias.

Estimación general sobre razonamiento y cálculo: indicador que recogía el diagnóstico realizado por la persona tutora del centro escolar del menor sobre las competencias académicas en matemáticas. El indicador seguía una escala de 1 a 3, donde el valor 1 indicaba carencia o inexistencia de las

competencias, el valor 2 reflejaba la presencia ocasional o esporádica de las mismas, mientras que el valor 3 representaba una presencia estable o una calidad superior de las competencias.

Autopercepción sobre comprensión lectora y expresión oral: indicador que medía la autopercepción del alumnado respecto a sus competencias lectora y de expresión oral. Para las personas menores de 6 a 10 años, el indicador se medía a partir del grado de conformidad con la frase "Me gusta y se me da bien la materia de lengua", con valores de 1 a 3 (1: no, 2: algunas veces, 3: sí). Para el intervalo de 11 a 16 años se medía a partir de cinco preguntas que exploraban el grado de conformidad del alumnado con afirmaciones relacionadas con el desempeño positivo en actividades concretas. En esta versión, el indicador se calculaba como la media de las respuestas a estas cinco preguntas, donde cada respuesta se valoraba de 1 a 3 (1: levemente, 2: moderadamente, 3: significativamente). A mayor valor, mejor autopercepción sobre la compresión lectora y expresión oral.

Autopercepción sobre razonamiento y cálculo: indicador que medía la autopercepción de del alumnado respecto a su competencia en matemáticas. Para las personas menores de 6 a 10 años, el indicador se medía a partir del grado de conformidad con la frase "Me gusta y se me dan bien las matemáticas", con valores de 1 a 3 (1: no, 2: algunas veces, 3: sí). Para el intervalo de 11 a 16 años se medía a partir de seis preguntas que exploraban el grado de conformidad del alumnado con afirmaciones relacionadas con el desempeño positivo en actividades concretas. En esta versión, el indicador se calculaba como la media de las respuestas a estas seis preguntas, donde cada respuesta se valoraba de 1 a 3 (1: levemente, 2: moderadamente, 3: significativamente). A mayor valor, mejor autopercepción sobre razonamiento y cálculo.

Autovaloración de los hábitos escolares: indicador que medía la autopercepción del alumnado respecto a sus hábitos escolares. El indicador se medía a partir del grado de conformidad, indicado por cada menor, con cuatro (en el caso de 6 a 10 años) o cinco (en el caso de 11 a 16 años) afirmaciones sobre el éxito en el desarrollo de hábitos escolares. En ambos casos, el indicador se calculaba como la media de las respuestas, las cuales se valoraban en una escala de 1 a 3, donde un mayor valor implicaba una mejor autovaloración de sus hábitos escolares.

Estimación promedio de la relación entre profesorado y NNA (niñas, niños y adolescentes): indicador que evaluaba el nivel de cumplimiento de cinco acciones relacionadas con el comportamiento y el desempeño escolar de los NNA a través del cuestionario cumplimentado por su persona tutora académica. Cada acción se valoraba en una escala de 1 a 3, donde 1 representaba la carencia o inexistencia de los aspectos mencionados, 2 indicaba una presencia ocasional o esporádica de los mismos, y 3 denotaba una presencia estable o de mayor calidad. El indicador se calculaba como la media de los valores asignados a cada acción y un mayor valor implicaba una mejor relación entre el profesorado y el NNA.

3. Mejora de la autoestima

Autodiagnóstico sobre autoestima: indicador calculado a partir de las respuestas del alumnado a una serie de preguntas que evaluaban su grado de acuerdo con diversas afirmaciones relacionadas con su autoestima. La puntuación de cada respuesta variaba de 1 a 3, siendo 3 el máximo grado de acuerdo,

con una connotación positiva y 1 el mínimo, con una connotación negativa. Para el alumnado de 6 a 10 años se emplearon 16 preguntas, mientras que para las personas menores de 11 a 16 años se utilizaron 18 preguntas. El valor del indicador se calculó como la media de puntuación de todas las respuestas y un mayor valor implicaba una mayor autoestima.

4. Mejora en competencias marentales/parentales de las unidades familiares

Autodiagnóstico sobre competencias familiares: indicador que medía cómo las personas adultas se percibían a sí mismas en términos de sus habilidades y emociones como madres y padres. Se basaba en el grado de acuerdo expresado en relación con 25 afirmaciones. Cada afirmación se puntuaba en una escala de 1 a 3, donde 3 reflejaba la connotación más positiva y 1 indicaba la connotación más negativa. El valor del indicador se determinaba calculando el promedio de las puntuaciones de todas las respuestas. A mayor valor, mejor autopercepción de sus competencias familiares.

Relación de contacto entre el centro y la unidad familiar: indicador generado a partir de las respuestas a seis preguntas que exploraban el comportamiento y la actitud del alumnado. Cada respuesta se puntuaba en una escala de 1 a 3, donde 3 reflejaba la connotación más positiva y 1 indicaba la connotación más negativa. El valor del indicador se determinaba calculando el promedio de las puntuaciones de todas las respuestas. A mayor valor, mejor relación de contacto.

5. Mejora de la inclusión en el medio escolar y social

Valoración del NNA en clase promedio sobre las actitudes y comportamientos de NNA: indicador que medía el comportamiento y conducta del alumnado en clase. Se generaba a partir de la media de los resultados de 10 variables relacionadas con acciones o comportamientos negativos de la persona menor en clase, que la persona tutora académica del centro al que acudía el menor puntuaba en una escala de 1 a 3. A mayor valor, mejor comportamiento.

Cobertura de necesidades básicas del NNA: indicador que medía la satisfacción de las necesidades de cada menor en clase y en familia. Se generaba a partir del examen de necesidades del alumnado (a partir de la información proporcionada por la persona tutora del centro académico) y conductas de las personas adultas (valorada por las personas tutoras legales del menor). El indicador variaba en una escala de 1 a 3, donde, a mayor valor, mejor cobertura de las necesidades básicas del NNA.

3.5 Diseño del experimento

Para evaluar el impacto de las intervenciones en los indicadores mencionados, se empleó una evaluación RCT, donde las personas participantes fueron asignadas aleatoriamente al grupo de tratamiento o al grupo de control. A continuación, se describe detalladamente el proceso de reclutamiento y selección de las personas beneficiarias de la intervención, junto con la asignación aleatoria y el cronograma del experimento.

Captación de participantes de la intervención

El proceso de captación se realizó a través de las entidades locales que participaron en el proyecto e involucró, principalmente, llamadas telefónicas, citas presenciales y cartas además de la utilización de medios electrónicos como el correo electrónico y los SMS, entre otros. En la primera etapa, enfocada

en la difusión y captación de las unidades familiares potencialmente beneficiarias, se llevaron a cabo intervenciones destinadas a activar la red de colaboración entre diversos sectores, principalmente servicios sociales y educación. Entre las actuaciones incluidas en el proceso de captación se incluyeron:

- Organización de jornadas informativas dirigidas a las Jefaturas de Servicio de Servicios Sociales. Estas sesiones ofrecieron una visión general del proyecto, su metodología, plazos y pautas de actuación, así como la presentación de un manual de procedimiento elaborado por la Consejería.
- Sesión formativa *online* para las Delegaciones Territoriales con el fin de presentar el proyecto y solicitar su colaboración.
- Desarrollo de una aplicación digital para el registro y sistematización de las actuaciones realizadas por las entidades locales en el proceso de captación de familias participantes.
- Sesiones formativas *online* dirigidas a orientar a las entidades sobre cómo realizar de manera eficaz la captación de familias participantes.

La captación de las familias se realizó siguiendo una estrategia común en todas las entidades locales participantes en el proyecto, partiendo del universo de familias ofrecido por los servicios sociales, siendo prioritarias para la captación las familias perceptoras de IMV (Ingreso Mínimo Vital) o RMISA (Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía). Gran parte de la eficacia del trabajo de difusión y captación realizado, en los plazos de tiempo acotados por la metodología del proyecto piloto, se debió al trabajo llevado a cabo en zonas desfavorecidas a través de la anterior Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión y la Inclusión Social, conocida como ERACIS.

Consentimiento informado

Uno de los principios éticos fundamentales de la investigación con seres humanos (respeto a las personas) requiere que las personas participantes del estudio sean informadas sobre la investigación y den su consentimiento para ser incluidas en el estudio. El consentimiento informado se realiza habitualmente como parte de la entrevista inicial y tiene dos partes esenciales: la explicación del experimento a la persona, y la petición y registro de su consentimiento para participar. El consentimiento debe comenzar con una presentación comprensible de la información clave que ayudará a la persona a tomar una decisión informada, es decir, comprender la investigación, lo que se espera de ella y los posibles riesgos y beneficios. La documentación es necesaria como registro de que el proceso ha tenido lugar y como prueba de consentimiento informado en caso afirmativo.

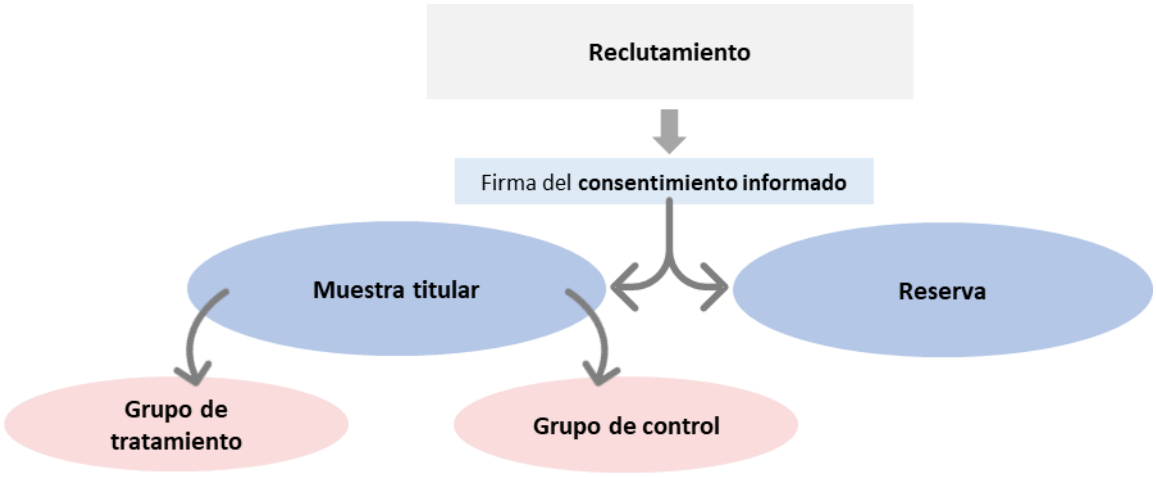
El consentimiento informado es necesario en la gran mayoría de investigaciones y podrá ser oral o escrito dependiendo de diferentes factores como la alfabetización de la población o los riesgos que suponga el consentimiento. Solo bajo circunstancias muy específicas, como cuando los riesgos potenciales de las personas participantes sean mínimos y el consentimiento informado sea muy complejo de conseguir o perjudique la validez del experimento, se podrá eludir el consentimiento informado o dar información parcial a las personas participantes con la aprobación del Comité de Ética.

Asignación aleatoria de las personas participantes

Después de completar el proceso de captación, entre los hogares que firmaron el consentimiento informado, para cada entidad local, se procedió a definir qué familias formaban parte de la muestra titular y cuáles de la reserva que se utilizarían en caso de baja de un titular en las primeras semanas del itinerario. Para ello, se asignó aleatoriamente un número entre 0 y 1 a cada registro y se ordenó por el valor aleatorio asignado. Siguiendo este orden, las primeras familias hasta alcanzar el número requerido de registros se asignaron a la muestra titular y las restantes al grupo de reserva. Este procedimiento se siguió para todas las entidades locales menos seis, en las que se consideró titulares a los primeros captados hasta llegar a la muestra teórica.

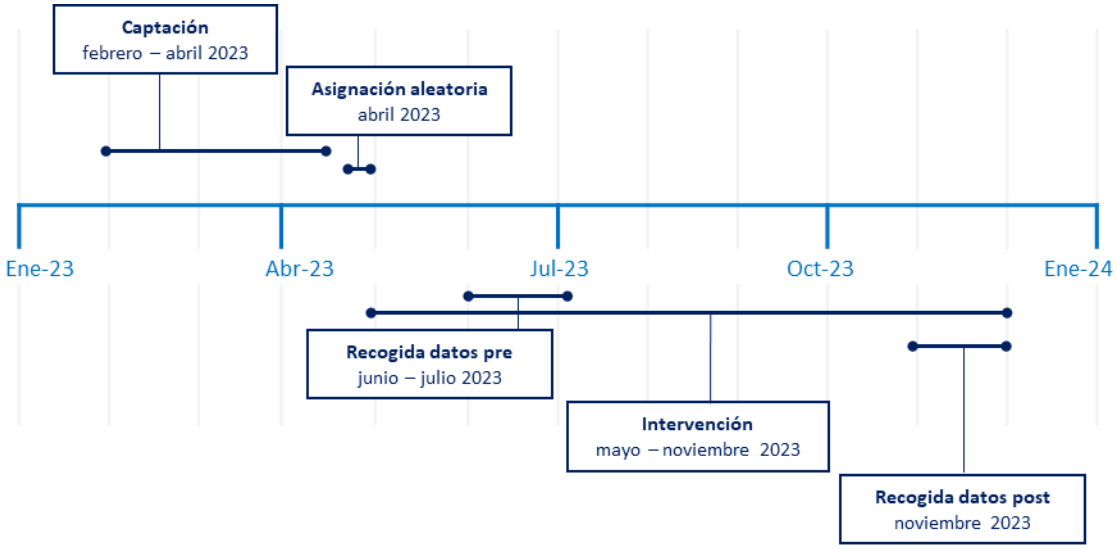
Se estratificó la muestra a nivel de entidad local y de una variable (situación familiar) que determinaba si había o no al menos una persona menor con un protocolo de absentismo abierto en la familia, creando un total de 56 estratos. En cada estrato (formado por la entidad local y la situación familiar), para la muestra titular, se asignaron de forma aleatoria la mitad de las familias al grupo de control y la otra mitad al grupo de tratamiento. Para las familias en la reserva, se estableció aleatoriamente un orden de sustitución en cada estrato. En caso de bajas, se utilizaba la primera reserva disponible del estrato correspondiente y se le asignaba el grupo (control o tratamiento) correspondiente a la baja a la que sustituía.

Figura 4: Diseño de la muestra



La **Figura 5** muestra el marco temporal en el que se desarrolló la implementación y evaluación. La captación comenzó en febrero de 2023 y, al terminar el proceso de reclutamiento, en abril de 2023, se realizó la asignación aleatoria de las personas participantes entre los distintos grupos experimentales. La intervención se desarrolló desde mayo hasta noviembre de 2023. La recopilación de los datos de línea de base se llevó a cabo antes de iniciar la intervención diferencial del grupo de tratamiento, en los meses de junio y julio. Por último, la recolección de los datos finales se realizó una vez acabada la intervención diferencial, en noviembre de 2023.

Figura 5: Marco temporal de la implementación y evaluación



4 Descripción de la implementación de la intervención

Esta sección describe los aspectos prácticos de cómo se implementó la intervención, en el marco del diseño de la evaluación, detallando los resultados del proceso de captación de participantes y otros aspectos logísticos relevantes para contextualizar los resultados de la evaluación.

4.1 Descripción de la muestra

De una población inicial de posibles participantes de 3.931 hogares[7], el 14,9% no pudieron ser contactados. De aquellas unidades familiares contactadas, que sumaban un total de 3.344 hogares, el 69,8% (2.333) mostraron interés y confirmaron su disponibilidad para participar. Del 30,2% restante, 115 hogares (3,4%) no cumplían los requisitos, 302 hogares (9,0%) no mostraron interés en el proyecto y el resto no pudieron participar por diferentes motivos (enfermedad, cambio de residencia, etc.). Finalmente, el proceso de captación se saldó con 2.313 hogares que firmaron el consentimiento informado (CI). La **Tabla 1** resume los resultados principales del proceso de captación.

[7] No se incluyen los datos de Puente Genil (Córdoba) donde no se llegaron a realizar las intervenciones con las personas participantes, aunque sí se llevaron a cabo la captación y la recogida de datos de línea de base.

Tabla 1: Registro del proceso de captación

Potenciales participantes	**3.931**
Número hogares no contactados	**587**
Número hogares contactados	**3.344**
No quieren/no pueden participar/ No cumplen los requisitos	**1.011**
Quieren/pueden participar	**2.333**
No firman el CI	**20**
Firman el CI	**2.313**

Características de la muestra final de la evaluación

De los 2.313 hogares (con un total de 3.739 menores) que firmaron el consentimiento informado y fueron aleatorizados, 1.447 hogares (2.361 menores) formaron parte de la muestra titular y 866 hogares (1.378 menores) de la muestra reserva.

La **Tabla 2** presenta estadísticas descriptivas de las variables relacionadas con la intervención, según la información recopilada en la encuesta de línea de base. Se incluyeron un total de 2.199 observaciones individuales (a nivel de menor) en la muestra inicial. La tabla incluye seis columnas: el nombre de la variable, la media, la desviación típica, el valor mínimo, el valor máximo y el número de observaciones.

La muestra reveló una mayor participación femenina entre las personas tutoras legales, con solo un 15% identificándose como hombres. Respecto al nivel educativo, el 50% no poseía estudios, mientras que el 30% alcanzaba únicamente estudios primarios. La mayoría de las personas tutoras, un 84%, tenía nacionalidad española, mientras que un 1% provenía de otros países de la Unión Europea y un 14% de fuera de la Unión Europea. Respecto a las personas menores participantes, se observó una distribución equilibrada por género. La mayoría (67%) estudiaba Educación Primaria, mientras que el 33% hacía Educación Secundaria. Respecto a la situación en relación con el absentismo escolar, un 26% de las personas menores pertenecía a hogares en los que al menos una de ellas tenía abierto un protocolo de absentismo, mientras que el resto pertenecían a hogares en los que ninguna persona menor tenía aún abierto el mencionado protocolo.

El análisis de los indicadores, descritos en la **sección 3.4**, muestra que, en promedio, antes de iniciar la intervención diferencial, las personas menores no asistían, en media, al 12% del total lectivo teórico. La valoración general de las competencias en Matemáticas y Lenguaje se situaba en torno a 2 de un total de 3, lo que indicaba la existencia ocasional o esporádica de estas habilidades para el estudiante promedio. Sin embargo, la autopercepción de estas mismas competencias revelaba un promedio más alto, en torno al 2,3 para ambas áreas. En congruencia con estos resultados, la valoración promedio

de las personas menores con respecto a sus actitudes y comportamientos era de 2,5, mientras que la autovaloración sobre los hábitos escolares alcanzaba un promedio de 2,4.

El promedio del diagnóstico autoevaluado sobre la autoestima era de 2,5, mientras que el promedio del diagnóstico autoevaluado sobre las competencias familiares era de 2,4. Además, la valoración promedio de la relación entre el profesorado y el alumnado participante era de 2,2, y la relación entre el centro y la unidad familiar tenía un promedio de 2,4.

Tabla 2: Estadísticas descriptivas de la muestra

Variable	Obs.	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Variables sociodemográficas					
Sexo del tutor legal. Hombre.	2.199	0,15	0,35	0	1
Nivel educativo del tutor legal. Sin estudios	2.199	0,49	0,50	0	1
Nivel educativo del tutor legal. Estudios primarios	2.199	0,30	0,46	0	1
Nivel educativo del tutor legal. Estudios secundarios	2.199	0,19	0,39	0	1
Nivel educativo del tutor legal. Estudios universitarios	2..199	0,02	0,13	0	1
Nacionalidad del tutor legal. España	2.199	0,84	0,36	0	1
Nacionalidad del tutor legal. UE (sin España)	2.199	0,01	0,11	0	1
Nacionalidad del tutor legal. Fuera de la UE	2.199	0,14	0,35	0	1
Sexo del NNA. Mujer	2.199	0,47	0,50	0	1
Sexo del NNA. Hombre	2.199	0,53	0,50	0	1
Sexo del NNA. Trans	2.199	0,00	0,03	0	1
Edad del NNA	2.199	10,55	2,96	5	16
Etapa escolar del NNA. Primaria	2.199	0,67	0,47	0	1
Etapa escolar del NNA. Secundaria	2.199	0,33	0,47	0	1
Etapa escolar del NNA. FP	2.199	0,00	0,05	0	1
Situación familiar. Absentismo	2.199	0,26	0,44	0	1

Variable	Obs.	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Indicadores de resultados					
Faltas de asistencia en tanto por uno	2.197	0,12	0,16	0	1
Estimación general sobre comprensión lectora y expresión oral	2.188	1,92	0,76	1	3
Estimación general sobre razonamiento y cálculo	2.188	1,91	0,75	1	3
Diagnóstico autoevaluado sobre autoestima	2.196	2,45	0,37	1	3
Diagnóstico autoevaluado sobre competencias familiares	2.199	2,40	0,23	1	3
Valoración del NNA en clase promedio sobre las actitudes y comportamientos de NNA	2.186	2,52	0,43	1	3
Autopercepción sobre comprensión lectora y expresión oral	2.196	2,37	0,58	1	3
Autopercepción sobre razonamiento y cálculo	2.196	2,28	0,65	1	3
Autovaloración de los hábitos escolares	2.197	2,39	0,45	1	3
Estimación promedio de la relación entre profesorado y NNA	2.186	2,18	0,57	1	3
Relación de contacto entre el centro y la unidad familiar	2.192	2,44	0,36	1	3
Cobertura de necesidades básicas del NNA	2.176	2,53	0,31	1	3

4.2 Resultados de la asignación aleatoria

Una vez definida la muestra se procedió a la asignación aleatoria de las personas participantes, dentro del grupo de control o del grupo de tratamiento según lo explicado en la **sección 3.5**. Se realizó la

asignación aleatoria de 2.313 hogares[8] (3.739 menores), de los cuales 1.447 (2.361 menores) formaban parte de la muestra titular y 866 (1.378 menores) eran reservas para sustituir posibles bajas que se produjesen en los primeros días de la intervención. La siguiente tabla muestra los resultados de la asignación aleatoria, detallando el número de participantes asignados a cada grupo y desglosando esta información según las diferentes variables de estratificación.

Tabla 3*:* Resultados asignación aleatoria

	Titulares									Reserva			Total		
	Absentistas (ABS)			**En prevención** (PREV)			**Total**								
Entidad local	**Total**	**GC**	**GT**	**Total**	**GC**	**GT**	**Total**	**GC**	**GT**	**Total**	**ABS**	**PREV**	**TOTAL**	**ABS**	**PREV**
Ayto. El Ejido	4	2	2	40	20	20	44	22	22	18	9	9	62	13	49
Ayto. Níjar	1	0	1	16	8	8	17	8	9	27	1	26	44	2	42
Ayto. Roquetas de Mar	5	2	3	26	13	13	31	15	16	23	2	21	54	7	47
Ayto. Algeciras	11	6	5	48	24	24	59	30	29	88	17	71	147	28	119
Ayto. Arcos de la Frontera	18	9	9	12	6	6	30	15	15	56	30	26	86	48	38
Ayto. Barbate	2	1	1	29	14	15	31	15	16	12	2	10	43	4	39
Ayto. Cádiz	2	1	1	77	38	39	79	39	40	41	1	40	120	3	117
Ayto. Chiclana de la Frontera	4	2	2	37	19	18	41	21	20	21	2	19	62	6	56
Ayto. Jerez de la Frontera	22	11	11	154	77	77	176	88	88	106	17	89	282	39	243
Ayto. San Roque	3	2	1	10	5	5	13	7	6	2	0	2	15	3	12
Ayto. Córdoba	35	17	18	66	33	33	101	50	51	70	28	42	171	63	108
Ayto. Palma del Río	13	7	6	14	7	7	27	14	13	21	3	18	48	16	32
Ayto. Granada	18	9	9	145	73	72	163	82	81	23	2	21	186	20	166
Ayto. Loja	17	8	9	20	10	10	37	18	19	21	14	7	58	31	27
Ayto. Motril	13	6	7	47	23	24	60	29	31	41	10	31	101	23	78
Ayto. Huelva	16	8	8	78	39	39	94	47	47	92	18	74	186	34	152
Ayto. Isla Cristina	11	6	5	13	7	6	24	13	11	6	2	4	30	13	17
Diputación Huelva	2	1	1	35	18	17	37	19	18	22	1	21	59	3	56
Ayto. Málaga	95	48	47	85	43	42	180	91	89	26	14	12	206	109	97

[8] No se incluyen los datos de Puente Genil (Córdoba) donde no se llegaron a realizar las intervenciones con las personas participantes, aunque sí se llevaron a cabo la captación y la recogida de datos de línea de base.

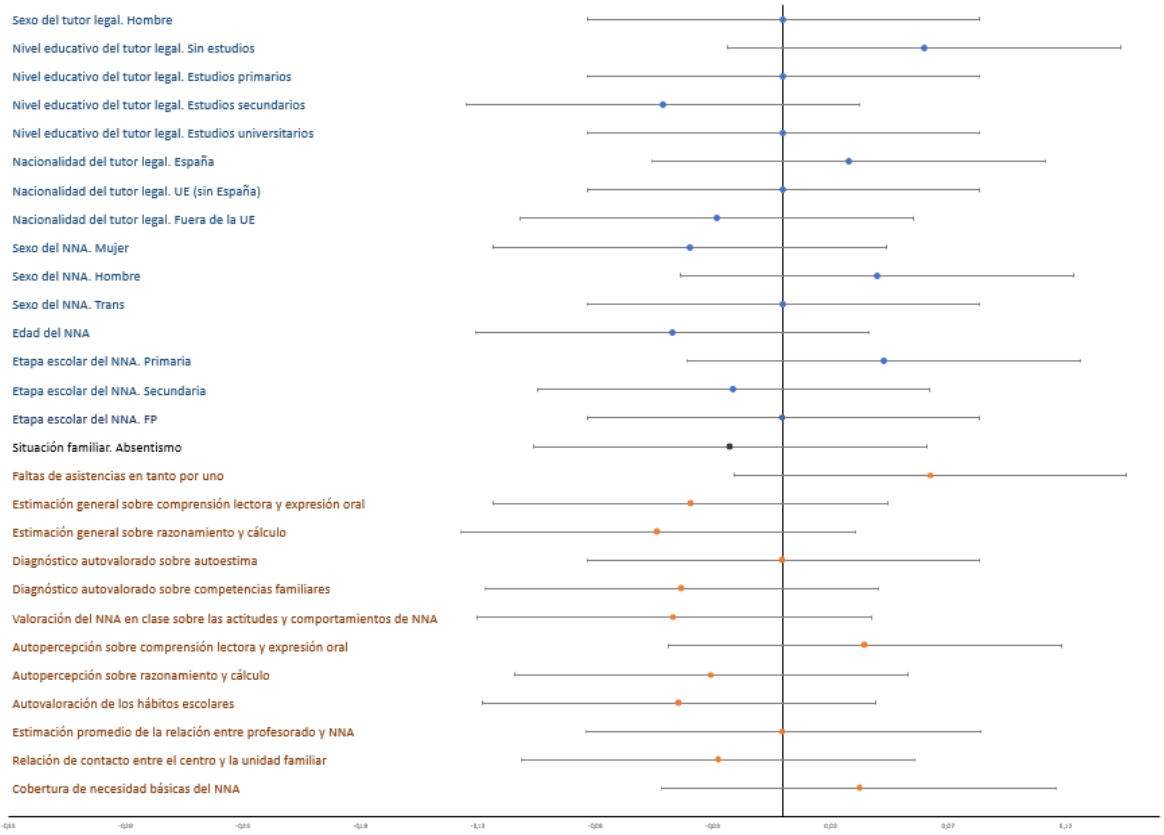
	Titulares									Reserva			Total		
	Absentistas (ABS)			En prevención (PREV)			Total								
Entidad local	**Total**	**GC**	**GT**	**Total**	**GC**	**GT**	**Total**	**GC**	**GT**	**Total**	**ABS**	**PREV**	**TOTAL**	**ABS**	**PREV**
Ayto. Marbella	4	2	2	10	5	5	14	7	7	26	10	16	40	14	26
Ayto. Torremolinos	2	1	1	31	15	16	33	16	17	17	0	17	50	2	48
Ayto. Vélez-Málaga	14	7	7	16	8	8	30	15	15	12	4	8	42	18	24
Diputación Málaga	1	1	0	16	8	8	17	9	8	9	0	9	26	1	25
Ayto. Coria del Río	6	3	3	7	3	4	13	6	7	10	4	6	23	10	13
Ayto. Dos Hermanas	21	10	11	16	8	8	37	18	19	29	14	15	66	35	31
Ayto. Los Palacios y Villafranca	12	6	6	14	7	7	26	13	13	9	0	9	35	12	23
Ayto. Morón de la Frontera	3	1	2	12	6	6	15	7	8	15	3	12	30	6	24
Ayto. San Juan de Aznalfarache	16	8	8	2	1	1	18	9	9	23	23	0	41	39	2
TOTAL	**371**	**185**	**186**	**1.076**	**538**	**538**	**1.447**	**723**	**724**	**866**	**231**	**635**	**2.313**	**602**	**1.711**

Con el objetivo de comprobar que la asignación aleatoria definía un grupo de control y un grupo de tratamiento estadísticamente comparables, se realizó una prueba de equilibrio donde se contrastó que, en media, las características observables de las personas participantes en ambos grupos eran iguales. A continuación, se muestran los resultados de los contrastes de equilibrio entre el grupo de control y el grupo de tratamiento en la **Figura 6**[9]. Todos los datos reflejados en esta figura se refieren a la encuesta realizada antes de la intervención (línea de base). Para cada variable observable, se representa mediante un punto la diferencia entre la media de dicha variable en el grupo de tratamiento y el de control y, centrado en ella, el intervalo de confianza al 95% de tal diferencia. Un intervalo de confianza que contenga el cero, es decir, el eje vertical, indicaría que la diferencia de medias entre grupos no era estadísticamente significativa o, en otras palabras, no era estadísticamente diferente de cero, concluyendo, por tanto, que los grupos de intervención estaban balanceados en dicha característica. En el caso en que el intervalo de confianza de la diferencia de medias no contenga el cero, se concluiría que la diferencia era estadísticamente significativa y, por tanto, los grupos estaban desequilibrados en esa característica.

Como se observa en la figura, los grupos no mostraban diferencias significativas ni en las variables sociodemográficas ni en los indicadores antes de comenzar la intervención, por lo que se concluyó que todas las variables estaban equilibradas en línea de base.

[9] Véase la **Tabla 13** en el Apéndice relativa al **Equilibrio entre los grupos experimentales**.

Figura 6: Diferencia de medias estandarizadas entre grupo de tratamiento y grupo de control (intervalo de confianza del 95%)



Nota: en negro se muestran las variables utilizadas para la estratificación de la muestra, en azul el resto de las variables sociodemográficas y en naranja los indicadores concretos utilizados para la evaluación del proyecto.

4.3 Grado de participación y desgaste por grupos

El grupo firmante del consentimiento informado constituyó la muestra experimental que fue asignada aleatoriamente a los grupos de control y de tratamiento. No obstante, tanto la participación en el programa como la respuesta a las encuestas inicial y final fueron voluntarias. Por un lado, era conveniente analizar el grado de participación en el programa, puesto que la estimación de resultados se refería a los efectos en media de ofrecer el mismo, dado el grado de participación. Por ejemplo, si la participación en las actividades del tratamiento fuera baja, los grupos de tratamiento y control se parecerían mucho siendo más difícil encontrar un efecto. Por otro lado, en esta sección se comprueba si la no cumplimentación de la encuesta final por algunas de las personas participantes redujo la comparabilidad de los grupos de tratamiento y de control después de la intervención, en el caso de que la tasa de respuesta fuera distinta entre grupos o según las características demográficas de las personas de cada grupo.

Grado de participación

Como se menciona en la **sección 3.5** se estableció un grupo de reserva para casos de abandono del grupo de tratamiento. Finalmente, el total de reservas aleatorizadas utilizadas fueron 449 hogares (725 menores) de las cuales 187 (290 menores) pasaron a formar parte del grupo de control, 176 (290 menores) del grupo de tratamiento y a 86 (145 menores) no se les llegó a asignar grupo al no haber participado en ningún momento en el proyecto (por negativa o no poder contactar con ellos).

Para examinar el grado de participación se dispuso de información de 2.199 menores (y sus unidades familiares) que cumplimentaron el cuestionario de línea de base. Las personas participantes del grupo de tratamiento y del grupo de control disponían de al menos 6 sesiones de actuaciones individualizadas con las familias (4 dirigidas a personas adultas de la unidad familiar y 2 dirigidas a menores) y 3 sesiones de acción tutorial dirigidas a la persona tutora académica del menor. Además, las personas del grupo de tratamiento disponían de al menos 16 sesiones adicionales (6 sesiones grupales de dinámicas familiares y capacitación digital dirigidas a las personas adultas de la unidad familiar y 10 sesiones grupales de inteligencia emocional y competencias académicas dirigidas a las personas menores). Este mínimo teórico de sesiones debía ser proporcionado de forma homogénea por todas las entidades locales.

Para un 93% de las personas participantes del grupo de control que cumplimentaron la línea de base, la persona menor y su unidad familiar asistieron al menos al mínimo teórico total de sesiones asignadas a su grupo (6). En concreto, un 96% de las personas menores del grupo de control y un 92% de las personas adultas asistieron al mínimo de sesiones implementadas en todas las entidades locales (2 y 4 respectivamente).

En cuanto al grupo de tratamiento, para más del 78% de las familias que cumplimentaron la línea de base, la persona menor y su unidad familiar (UF) asistieron, al menos, al mínimo teórico total de sesiones asignadas a su grupo (22). En concreto, más de un 76% de las personas menores del grupo de tratamiento y un 77% de las personas adultas asistieron al mínimo de sesiones implementadas en todas las entidades locales (12 y 10 respectivamente).

Tabla 4*:* Distribución de las personas participantes según su asistencia a las formaciones

Asistencia	Sesiones menores			Sesiones UF			Sesiones totales		
	Total	GC	GT	Total	GC	GT	Total	GC	GT
Por debajo del mínimo teórico	311 (14%)	48 (4%)	263 (24%)	343 (16%)	91 (8%)	252 (23%)	310 (14%)	78 (7%)	232 (22%)
Al menos el mínimo teórico	1.888 (86%)	1.072 (96%)	816 (76%)	1.856 (84%)	1.029 (92%)	827 (77%)	1.889 (86%)	1.042 (93%)	847 (78%)
Total	2.199	1.120	1.079	2.199	1.120	1.079	2.199	1.120	1.079

Por otro lado, para considerar el itinerario como completo, se estableció que las personas participantes del grupo de control tenían que asistir al menos a tres de las cuatro sesiones individuales para el diseño y desarrollo de los itinerarios con las familias, mientras que las personas participantes

del grupo de tratamiento tuvieron que asistir a un total de 16 sesiones, de las que 13 debían ser de la siguiente manera: al menos dos de las cuatro sesiones individuales para el diseño y desarrollo de los itinerarios con las familias; un mínimo de tres de las seis sesiones grupales para personas adultas de las que al menos una tenía que ser de competencias digitales y dos de dinámicas familiares; al menos ocho de las 10 sesiones grupales para menores de inteligencia emocional y competencias académicas. Atendiendo a estos criterios, la adherencia al proyecto fue alta, puesto que más del 94% de las personas participantes del grupo de control y un 83% de las del grupo de tratamiento que cumplimentaron la línea de base completaron el itinerario.

Desgaste por grupos

La **Tabla 5** proporciona información sobre la participación y respuesta a las encuestas de línea de base (PRE) y final (POST) en los grupos de tratamiento y control. De las 3.086 personas menores de la muestra titular y las reservas utilizadas, 887 no cumplimentaron ningún cuestionario, 366 procedentes del grupo de control, 376 del grupo de tratamiento y 145 que no estuvieron asignadas a ningún grupo. De las 2.199 personas que respondieron a la encuesta de línea de base, 2.033, el 92%, también cumplimentaron la encuesta final. Todas las personas que respondieron a la encuesta final respondieron también a la encuesta inicial. En el grupo de tratamiento, de las 1.455 personas asignadas, un 66%, es decir, 958 individuos, cumplimentaron tanto la encuesta inicial como la final (i.e. desgaste del 34%), mientras que, en el grupo de control, ese porcentaje ascendió al 72% (i.e. desgaste del 28%).

Tabla 5: Registro participantes y realización de encuestas

Grupo	Total	Ninguna encuesta	Solo encuesta PRE	Encuesta PRE Y POST
Total	**3.086**	**887 (29%)**	**166 (5%)**	**2.033 (66%)**
Grupo de control	1.486	366 (25%)	45 (3%)	1.075 (72%)
Grupo de tratamiento	1.455	376 (26%)	121 (8%)	958 (66%)
Sin grupo	145	145 (100%)	-	-

Para evaluar si la diferencia en la tasa de desgaste de la muestra entre los grupos experimentales era estadísticamente significativa, se realizó una regresión simple donde la variable dependiente tomaba el valor 1 si la persona participante no había respondido a la encuesta final y 0 en caso contrario. Como queda reflejado en la **Tabla 6**, el coeficiente de la regresión es de 0,06, con un nivel de significancia del 1%, es decir, había un 6% más de personas en grupo de tratamiento que en el grupo de control que no cumplimentaron el cuestionario POST entre el total de personas participantes titulares y reservas utilizadas que tuvieron grupo asignado. En cuanto al desgaste selectivo, se identifica que el tratamiento tuvo un efecto diferencial en el desgaste por sexo de la persona menor, nacionalidad de las personas tutoras legales y la situación familiar en relación con el absentismo.

Tabla 6: Regresiones de la probabilidad de no responder a la entrevista final

	Desgaste diferencial (1)	Desgaste selectivo (2)
Tratamiento	0.06***	0.10
	(0.02)	(0.27)
Tratamiento x Hombre		0.05
		(0.05)
Tratamiento x Nivel educativo de la persona tutora legal. Sin estudios		-0.09
		(0.09)
Tratamiento x Nivel educativo de la persona tutora legal. Estudios primarios		-0.12
		(0.09)
Tratamiento x Nivel educativo de la persona tutora legal. Estudios secundarios		-0.11
		(0.09)
Tratamiento x Nacionalidad del tutor legal. España		-0.02
		(0.04)
Tratamiento x Nacionalidad del tutor legal. UE (sin España)		-0.26**
		(0.12)
Tratamiento x Sexo del NNA. Mujer		0.13**
		(0.06)
Tratamiento x Sexo del NNA. Hombre		0.15**
		(0.06)
Tratamiento x Edad_NNA		0.01
		(0.01)
Tratamiento x Etapa escolar del NNA. Primaria		-0.15
		(0.21)
Tratamiento x Etapa escolar del NNA. Secundaria		-0.13
		(0.21)
Tratamiento x Situación familiar. Absentismo		0.06*
		(0.04)
Observaciones	2.941	2.199

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable clúster).

Niveles de significancia: * p < 0,10, ** p < 0,05, *** p < 0,01.

5 Resultados de la evaluación

La asignación aleatoria de la muestra experimental a los grupos de control y de tratamiento garantiza que, con una muestra suficientemente grande, los grupos son estadísticamente comparables y, por tanto, toda diferencia observada después de la intervención puede asociarse causalmente con el tratamiento. El análisis econométrico proporciona, en esencia, esta comparación. Adicionalmente, tiene las ventajas de permitir incluir otras variables para ganar precisión en las estimaciones y de proporcionar intervalos de confianza para las estimaciones. En esta sección, se expone el análisis econométrico realizado y las regresiones estimadas, así como el análisis de los resultados obtenidos.

5.1 Descripción del análisis econométrico: regresiones estimadas

En el contexto de un experimento aleatorizado, el modelo de regresión típicamente empleado para estimar el efecto causal considera la diferencia entre el grupo de tratamiento y el grupo de control para la variable de interés. Esta elección se basa en la comparabilidad estadística de ambos grupos debido a la aleatorización. Además, también se incluyen regresiones en las que se controla, siempre que sea factible, por el valor inicial de la variable dependiente, mejorando así la precisión de las estimaciones.

Concretamente, la especificación de las regresiones que se presentan a continuación es la siguiente:

$$Y_{i,t=1} = \alpha + \beta T_i + \gamma Y_{i,t=0} + \varepsilon_i$$

donde $Y_{i,t=1}$ es la variable dependiente de interés observada después de la intervención para la persona i; T_i indica si la persona ha sido asignada al tratamiento (=1) o al control (=0), $Y_{i,t=0}$ es el valor inicial de la variable dependiente (es decir, antes de la intervención), y ε_i es el término de error. Los errores estándar se agruparon a nivel de hogar.

5.2 Análisis de los resultados

5.2.1 Resultados principales y secundarios

En esta sección se presentan los resultados de la evaluación sobre los indicadores principales y secundarios, siguiendo la estructura del esquema de evaluación.

Asistencia escolar

La **Tabla 7** muestra los resultados de la intervención sobre la asistencia de las personas menores a clase. En ambas especificaciones, tanto con la exclusión como con la inclusión de la variable de interés en la línea de base, el coeficiente asociado a esta variable fue próximo a cero y carecía de significancia estadística. Esto sugiere que la intervención no tuvo un efecto discernible en la disminución de las faltas de asistencia de las personas menores tratadas.

Tabla 7: Efecto sobre la asistencia

	Faltas de asistencia en tanto por uno	
	(1)	(2)
Tratamiento	-0,00	-0,00
	(0,01)	(0,01)
Observaciones	2.021	2.021
R^2	0,00	0,19
Media control var.dep.	0,11	0,11
Controles adicionales	No	No
Valor inicial var.dep.	No	Sí

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable clúster).

Niveles de significancia: * p < 0,10, ** p < 0,05, *** p < 0,01.

Competencias académicas básicas y hábitos escolares

La **Tabla 8** detalla los efectos del tratamiento en las competencias académicas, específicamente en lengua y matemáticas, evaluando tanto las percepciones del personal tutor académico de las personas menores, como las del alumnado. No se observaron impactos significativos, con un nivel de confianza del 5%, ni en las percepciones de las personas tutoras ni en las del alumnado. Estos resultados sugirieron que el tratamiento no tuvo un efecto en las competencias del alumnado a corto plazo.

Tabla 8: Efecto sobre las competencias académicas

	Estimación general sobre comprensión lectora y expresión oral		Estimación general sobre razonamiento y cálculo		Autopercepción sobre comprensión lectora y expresión oral		Autopercepción sobre razonamiento y cálculo	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Tratamiento	-0,06	-0,06*	-0,04	-0,02	-0,00	-0,01	-0,01	-0,00
	(0,04)	(0,03)	(0,04)	(0,03)	(0,03)	(0,03)	(0,03)	(0,03)
Observaciones	1.961	1.956	1.939	1.935	1.961	1.960	1.963	1.962
R^2	0,00	0,17	0,00	0,15	0,00	0,15	0,00	0,30
Media control var.dep.	2,01	2,01	1,99	1,99	2,37	2,37	2,29	2,29
Controles adicionales	No	No	No	No	No	No	No	No
Valor inicial var.dep.	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable clúster).

Niveles de significancia: * p < 0,10, ** p < 0,05, *** p < 0,01.

La **Tabla 9** presenta los resultados de la relación entre el tratamiento y los hábitos escolares. En particular, se observó el impacto en la autopercepción de las personas menores sobre dichos hábitos y la estimación de la relación entre profesorado y alumnado. De nuevo, los coeficientes no fueron significativos en ninguna especificación y, por tanto, no se apreció ningún impacto significativo.

Tabla 9: Efecto sobre los hábitos escolares y la relación entre profesorado y alumnado

	Autovaloración de los hábitos escolares		Relación entre profesorado y NNA	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	0,00	0,01	-0,03	-0,03
	(0,02)	(0,02)	(0,03)	(0,03)
Observaciones	1.961	1.961	1.947	1.941
R^2	0,00	0,26	0,00	0,14
Media control var.dep.	2,42	2,42	2,30	2,30
Controles adicionales	No	No	No	No
Valor inicial var.dep.	No	Sí	No	Sí

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable clúster).

Niveles de significancia: * p < 0,10, ** p < 0,05, *** p < 0,01.

Autoestima

La **Tabla 10** muestra que el tratamiento no tuvo un impacto significativo sobre la autoestima percibida del alumnado participante, puesto que los coeficientes fueron próximos a cero y no significativos.

Tabla 10: Efecto sobre la autoestima

	Diagnóstico autoevaluado sobre autoestima	
	(1)	(2)
Tratamiento	-0,00	-0,01
	(0,02)	(0,01)
Observaciones	1.955	1.954
R^2	0,00	0,50
Media control var.dep.	2,47	2,47
Controles adicionales	No	No
Valor inicial var.dep.	No	Sí

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable clúster).

Niveles de significancia: * p < 0,10, ** p < 0,05, *** p < 0,01.

Competencias marentales/parentales de las unidades familiares

La **Tabla 11** presenta el impacto del tratamiento sobre las competencias marentales/parentales de las unidades familiares. En concreto, se evaluó el efecto sobre autopercepción de las competencias familiares de las madres, padres o tutores/as legales, así como en la relación entre el centro y la unidad familiar. Se observó un efecto negativo significativo, aunque reducido, en las competencias familiares, con una significancia del 10%. Sin embargo, no se detectó ningún efecto del tratamiento en la relación de contacto entre el centro y la unidad familiar.

Tabla 11: Efecto sobre las competencias marentales/parentales

	Diagnóstico autoevaluado sobre competencias familiares		Relación de contacto entre el centro y la unidad familiar	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	-0,02*	-0,02*	0,00	0,00
	(0,01)	(0,01)	(0,02)	(0,02)
Observaciones	1.957	1.957	1.842	1.839
R^2	0,00	0,28	0,00	0,25
Media control var.dep.	2,46	2,46	2,50	2,50
Controles adicionales	No	No	No	No
Valor inicial var.dep.	No	Sí	No	Sí

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable clúster).

Niveles de significancia: * p < 0,10, ** p < 0,05, *** p < 0,01

Inclusión en el medio escolar y social

La **Tabla 12** proporciona información sobre el efecto de la intervención en la actitud de las personas menores en clase y la cobertura de sus necesidades básicas en el aula y los cuidados cotidianos que recibían. La falta de impacto significativo, representada por los coeficientes próximos a cero, señaló que el tratamiento no alteró el comportamiento de las personas estudiantes en el aula ni mejoró la atención de sus necesidades básicas.

Tabla 12: Efecto sobre la inclusión en el medio escolar y social

	Valoración del NNA en clase promedio sobre las actitudes y comportamientos de NNA		Cobertura de necesidades básicas del NNA	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento	-0,02	-0,01	0,00	-0,00
	(0,02)	(0,02)	(0,02)	(0,01)
Observaciones	1.935	1.930	1.803	1.797
R^2	0,00	0,23	0,00	0,17
Media control var.dep.	2,58	2,58	2,60	2,60
Controles adicionales	No	No	No	No
Valor inicial var.dep.	No	Sí	No	Sí

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable clúster).

Niveles de significancia: * p < 0,10, ** p < 0,05, *** p < 0,01

6 Conclusiones de la evaluación

Este informe presenta una evaluación exhaustiva del RCT destinado a la problemática del absentismo y la vulnerabilidad social de las personas menores y unidades familiares que residían en zonas desfavorecidas de Andalucía. La intervención evaluada implicó la implementación de itinerarios de inclusión sociofamiliar, que incluyeron acompañamiento profesional dirigido tanto a las familias como a sus menores. El objetivo de la intervención fue aumentar la participación, uso y adherencia a una serie de recursos públicos y privados de las familias con el fin de mejorar su situación de desventaja social y prevenir o reducir el absentismo escolar.

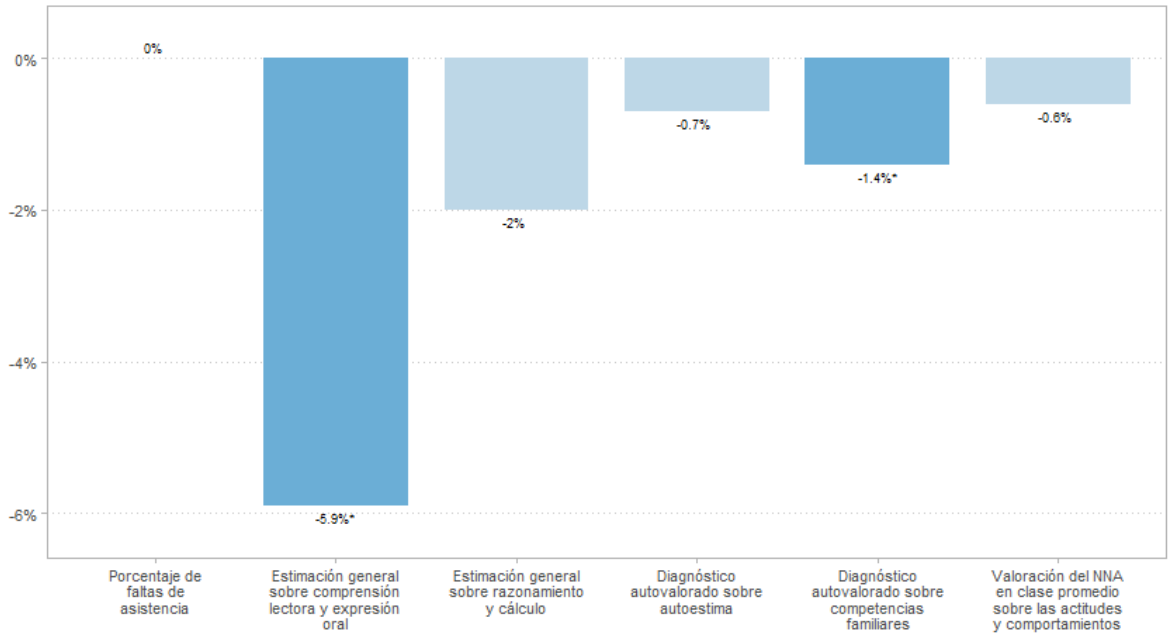
Los itinerarios implementados se articularon en cuatro áreas principales: actuaciones individualizadas con las familias, sesiones grupales con las personas menores, sesiones grupales con las personas tutoras legales de cada menor y coordinación en la acción tutorial. Aunque tanto las personas participantes del grupo de control como del grupo de tratamiento siguieron un itinerario sociofamiliar, las unidades familiares del grupo de tratamiento tuvieron acceso a un mayor número de sesiones, 22 en comparación con las 6 del grupo de control. Además, la cartera de servicios y acciones disponibles para el grupo de tratamiento incluyó recursos proporcionados por Servicios Sociales y entidades del Tercer Sector, mientras que el grupo de control solo contó con los Servicios Sociales.

Al evaluar el modelo, se comparó el impacto del itinerario extendido del grupo de tratamiento con el del grupo de control en diferentes ámbitos, como el grado de asistencia, las competencias y hábitos académicos, la satisfacción de las necesidades básicas de la persona menor y las dinámicas familiares.

Este enfoque integral permitió una evaluación exhaustiva del impacto de la intervención y facilitó una comprensión más completa de su efectividad en diversas áreas.

La **Figura 7** muestra el porcentaje incremental de cada indicador de resultado principal (medido al final de la intervención) para el grupo de tratamiento comparado con el grupo de control.

Figura 7: Efecto de la intervención en los indicadores principales



Nota: La tonalidad de azul muestra la significatividad de los indicadores (*, **, ***). A mayor significatividad, más oscuro.

Se indican tres niveles de significatividad: con un nivel de confianza del 99% (***), del 95% (**) o del 90% (*).
Un resultado no significativo se muestra sin estrellas.

Los resultados del análisis econométrico indicaron que la intervención extendida no tuvo un efecto significativo y positivo en ninguna de las variables consideradas. De hecho, se observó un efecto negativo, aunque reducido, significativo al nivel del 10%, en la estimación general de la comprensión lectora y expresión oral de los menores, así como en la autovaloración de las competencias familiares. Esto último pudo ser debido a que, al tratarse de instrumentos basados en la autopercepción, las personas participantes se autoevaluaron, partiendo de respuestas iniciales que incluían una posible sobrevaloración de las habilidades/capacidades especificadas, lo que podría haber generado autopercepciones muy diferentes en el cuestionario final. Además, es posible que la duración del proyecto no fuera suficiente para provocar cambios a corto plazo en las rutinas de las familias y de las personas menores tratadas. En cualquier caso, cabe resaltar la alta adherencia al proyecto entre las personas que decidieron iniciar el itinerario, a pesar del volumen y la diversidad de entidades locales que lo ejecutaron de manera simultánea. Este aspecto fue muy significativo en el contexto de una población en situación de vulnerabilidad o exclusión social, que mantenía unas relaciones muy frágiles con los sistemas y los recursos públicos.

Bibliografía

Alegre, F., Moliner, L., Maroto, A., & Lorenzo-Valentin, G. (2019). *Peer tutoring in mathematics in primary education: A systematic review*. *Educational Review*, *71*(6), 767-791.

https://doi.org/10.3386/w27476

Eurostat (2024). *Living conditions and welfare*.

https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions

Gobierno de España, Ministerio de derechos sociales y agenda 2030 (2022). Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030). Aprobado el 5 de julio del 2022.

https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/Garantia_infantil.htm

Gortazar, L., Hupkau, C., & Roldán, A. (2023). *Online tutoring works: Experimental evidence from a program with vulnerable children. CEP Discussion Paper No. 1908*.

https://www.esade.edu/ecpol/en/publications/online-tutoring-works-experimental-evidence-from-a-program-with-vulnerable-children/

Greenberg, M. T., Kusche, C. A., Cook, E. T., & Quamma, J. P. (1995). *Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum.* Development and Psychopathology, *7*(1), 117–136.

https://doi.org/10.1017/S0954579400006374

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de julio, núm. 175 (BOE-A-2015-8222).

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia. *Boletín Oficial del Estado*, 5 de junio, núm. 134 (BOE-A-2021-9347).

Morrison, J., Pikhart, H., Ruiz, M., & 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*, 1-13.

https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-14-1040

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979). *Informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación*.

https://www.hhs.gov/sites/default/files/informe-belmont-spanish.pdf

Nickow, A., Oreopoulos, P., & Quan, V. (2020). *The impressive effects of tutoring on prek-12 learning: A systematic review and meta-analysis of the experimental evidence*.

https://doi.org/10.1080/00131911.2018.1474176

Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo de 14 de junio de 2021 por la que se establece una Garantía Infantil Europea.

http://data.europa.eu/eli/reco/2021/1004/oj

Schonert-Reichl, K. A., Smith, V., Zaidman-Zait, A., & Hertzman, C. (2012). *Promoting children's prosocial behaviors in school: Impact of the "Roots of Empathy" program on the social and emotional competence of school-aged children.* School Mental Health: A Multidisciplinary Research and Practice *Journal, 4*(1), 1–21.

https://doi.org/10.1007/s12310-011-9064-7

Schonert-Reichl, K.A., Oberle, E., Stewart Lawlor, M., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, T.F., Diamond, A. (2015). *Simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: A randomized controlled trial. Developmental Psychology*. 2015;51(1):52–66.

https://doi.org/10.1037/a0038454

Zambrano, V. V., & Gisbert, D. D. (2013). La tutoría entre iguales como un potente recurso de aprendizaje entre alumnos: efectos, fluidez y comprensión lectora. Perspectiva Educacional, Formación de Profesores, 52(2), 154-176.

https://www.redalyc.org/pdf/3333/333328170008.pdf

Apéndice

Marco temporal y agentes relevantes

1. Marco temporal de la intervención

La ejecución comenzó el **1 de mayo de 2023**, con el inicio del itinerario de intervención, continuando las tareas propias de ejecución hasta el **30 de noviembre de 2023**, y posteriormente desarrollándose tareas de difusión y evaluación del proyecto hasta el **31 de marzo de 2024**.

2. Agentes relevantes

Entre los agentes relevantes para la implementación del proyecto se pueden citar:

- La **Junta de Andalucía**, entidad beneficiaria y coordinadora del proyecto, a través de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, y en especial la Dirección General de Protección Social y Barriadas de Actuación Preferente.
- Las siguientes 29 **entidades locales**, como responsables de la captación e implantación de las intervenciones en cada uno de los territorios:

ENTIDAD LOCAL	PROVINCIA
1. Ayto. El Ejido	Almería
2. Ayto. Níjar	Almería
3. Ayto. Roquetas de Mar	Almería
4. Ayto. Algeciras	Cádiz
5. Ayto. Arcos de la Frontera	Cádiz
6. Ayto. Barbate	Cádiz
7. Ayto. Cádiz	Cádiz
8. Ayto. Chiclana de la Frontera	Cádiz
9. Ayto. Jerez de la Frontera	Cádiz
10. Ayto. San Roque	Cádiz
11. Ayto. Córdoba	Córdoba
12. Ayto. Palma del Río	Córdoba
13. Ayto. Puente Genil	Córdoba
14. Ayto. Granada	Granada
15. Ayto. Loja	Granada
16. Ayto. Motril	Granada
17. Ayto. Huelva	Huelva

ENTIDAD LOCAL	PROVINCIA
18. Ayto. Isla Cristina	Huelva
19. Diputación Huelva	Huelva
20. Ayto. Málaga	Málaga
21. Ayto. Marbella	Málaga
22. Ayto. Torremolinos	Málaga
23. Ayto. Vélez Málaga	Málaga
24. Diputación Málaga	Málaga
25. Ayto. Coria del Río	Sevilla
26. Ayto. Dos Hermanas	Sevilla
27. Ayto. Los Palacios y Villafranca	Sevilla
28. Ayto. Morón de la Frontera	Sevilla
29. Ayto. San Juan de Aznalfarache	Sevilla

Nota: Finalmente, en Puente Genil (Córdoba) no se llegaron a realizar las intervenciones con las personas participantes, aunque sí se llevaron a cabo la captación y la recogida de datos PRE.

- El **Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM)** como financiador del proyecto, y como principal responsable del proceso de evaluación de ensayo controlado aleatorizado (*Randomized Controlled Trial* o RCT por sus siglas en inglés). Para ello, la Secretaría General de Inclusión (SGI) asumió los siguientes compromisos:
    a) Proporcionar a la entidad beneficiaria apoyo para el diseño de las actuaciones a realizar para la ejecución y seguimiento del objeto de la subvención, así como para el perfilado de las potenciales personas participantes del proyecto piloto.
    b) Diseñar la metodología RCT del proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria.
    c) Evaluar el proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria.
- **Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI) y J-PAL Europa**, como instituciones científicas y académicas que apoyaron al MISSM en el diseño y evaluación RCT del proyecto.

Equilibrio entre los grupos experimentales

Tabla 13: Contrastes de equilibrio entre grupos experimentales

Variable	(1) Control		(2) Tratamiento		(2)-(1) Prueba t por pares	
	N/ Clusters	Media/ (Var)	N/ Clusters	Media/ (Var)	N/ Clusters	p-valor
Variables sociodemográficas						
Sexo del tutor legal. Hombre	1.120	0,15	1.079	0,15	2.199	0,86
	676	(0,21)	680	(0,20)	1.356	
Nivel educativo del tutor legal.	1.120	0,48	1.079	0,51	2.199	0,28
Sin estudios	676	(0,41)	680	(0,40)	1.356	
Nivel educativo del tutor legal.	1.120	0,30	1.079	0,30	2.199	0,82
Estudios primarios	676	(0,35)	680	(0,33)	1.356	
Nivel educativo del tutor legal.	1.120	0,20	1.079	0,18	2.199	0,27
Estudios secundarios	676	(0,27)	680	(0,23)	1.356	
Nivel educativo del tutor legal.	1.120	0,02	1.079	0,02	2.199	0,97
Estudios universitarios	676	(0,03)	680	(0,03)	1.356	
Nacionalidad del tutor legal.	1.120	0,84	1.079	0,85	2.199	0,66
España	676	(0,22)	680	(0,20)	1.356	
Nacionalidad del tutor legal. UE	1.120	0,01	1.079	0,01	2.199	0,95
(sin España)	676	(0,02)	680	(0,02)	1.356	
Nacionalidad del tutor legal.	1.120	0,15	1.079	0,14	2.199	0,64
Fuera de la UE	676	(0,21)	680	(0,19)	1.356	
Sexo del NNA. Mujer	1.120	0,48	1.079	0,46	2.199	0,32
	676	(0,41)	680	(0,40)	1.356	
Sexo del NNA. Hombre	1.120	0,52	1.079	0,54	2.199	0,32
	676	(0,41)	680	(0,40)	1.356	

Variable	(1) Control		(2) Tratamiento		(2)-(1) Prueba t por pares	
	N/ Clusters	Media/ (Var)	N/ Clusters	Media/ (Var)	N/ Clusters	p-valor
Sexo del NNA. Trans	1.120	0,00	1.079	0,00	2.199	0,98
	676	(0,00)	680	(0,00)	1.356	
Edad del NNA	1.120	10,62	1.079	10,48	2.199	0,27
	676	(15,05)	680	(13,40)	1.356	
Etapa escolar del NNA. Primaria	1.120	0,66	1.079	0,68	2.199	0,38
	676	(0,37)	680	(0,35)	1.356	
Etapa escolar del NNA. Secundaria	1.120	0,33	1.079	0,32	2.199	0,30
	676	(0,37)	680	(0,34)	1.356	
Etapa escolar del NNA. FP	1.120	0,00	1.079	0,00	2.199	0,17
	676	(0,00)	680	(0,01)	1.356	
Situación familiar. Absentismo	1.120	0,26	1.079	0,25	2.199	0,88
	676	(0,32)	680	(0,30)	1.356	
Indicadores de resultados						
Faltas de asistencia en tanto por uno	1.118	0,12	1.079	0,13	2.197	0,57
	675	(0,04)	680	(0,04)	1.355	
Estimación general sobre comprensión lectora y expresión oral	1.114	1,94	1.074	1,91	2.188	0,33
	675	(0,99)	676	(0,87)	1.351	
Estimación general sobre razonamiento y cálculo	1.114	1,93	1.074	1,89	2.188	0,24
	675	(0,97)	676	(0,85)	1.351	
Diagnóstico autoevaluado sobre autoestima	1.119	2,45	1.077	2,45	2.196	0,88
	676	(0,22)	680	(0,21)	1.356	
Diagnóstico autoevaluado sobre competencias familiares	1.120	2,41	1.079	2,40	2199	0,46
	676	(0,08)	680	(0,10)	1.356	
Valoración del NNA en clase promedio sobre las actitudes y comportamientos de NNA	1.113	2,53	1.073	2,51	2.186	0,32
	675	(0,30)	676	(0,30)	1.351	

Variable	(1) Control		(2) Tratamiento		(2)-(1) Prueba t por pares	
	N/ Clusters	Media/ (Var)	N/ Clusters	Media/ (Var)	N/ Clusters	p-valor
Autopercepción sobre comprensión lectora y expresión oral	1.119 676	2,36 (0,56)	1.077 680	2,38 (0,52)	2.196 1.356	0,45
Autopercepción sobre razonamiento y cálculo	1.119 676	2,29 (0,70)	1.077 680	2,27 (0,68)	2.196 1.356	0,41
Autovaloración de los hábitos escolares	1.120 676	2,40 (0,36)	1.077 680	2,38 (0,31)	2.197 1,356	0,34
Estimación promedio de la relación entre profesorado y NNA	1.113 675	2,18 (0,53)	1.073 676	2,18 (0,51)	2.186 1.351	0,97
Relación de contacto entre el centro y la unidad familiar	1.116 675	2,44 (0,20)	1.076 678	2,43 (0,24)	2.192 1.353	0,72
Cobertura de necesidades básicas del NNA	1.110 674	2,53 (0,15)	1.066 673	2,54 (0,16)	2.176 1.347	0,80

Significatividad: ***=.01, **=0.05, *=.1.

Nota: errores estándar agrupados por hogar (variable clúster).