

Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación

Fundación “la Caixa” – Espacios Infantiles: 0-3.
Proyecto de Apoyo a la Primera Infancia para Familias en Situación de Vulnerabilidad

Diciembre 2025





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 121-25-050-9

Como citar:

Secretaría General de Inclusión del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2025). Laboratorio de Políticas de Inclusión: Resultados de Evaluación. Fundación “la Caixa” – Espacios Infantiles: 0-3. Proyecto de Apoyo a la Primera Infancia para Familias en Situación de Vulnerabilidad.

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 Fundación “la Caixa”, 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.

En la realización de este estudio ha colaborado de manera sustancial el equipo de investigación coordinados por el Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI). En concreto han participado, Ana García-Hernández (J-PAL Europa) e Inés Torres Rojas (J-PAL Europa-CEMFI), bajo la coordinación de Mónica Martínez-Bravo (hasta el 8 de enero de 2024) y Samuel Bentolila, profesores del CEMFI. El equipo investigador ha participado activamente en todas las fases del proyecto, incluidos la adaptación de la propuesta inicial a las necesidades de la evaluación mediante experimentos aleatorios, el diseño de la evaluación, el diseño de instrumentos de medición, el procesamiento de los datos y la realización de las estimaciones econométricas que dan lugar a los resultados cuantitativos.

La colaboración con J-PAL Europa fue 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. El equipo investigador se reserva el derecho de matizar, modificar o profundizar en los resultados presentados en este informe en futuras publicaciones. 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. El equipo investigador se compromete a seguir explorando y proporcionando resultados más precisos y actualizados para el beneficio de la comunidad científica y la sociedad en general.

Índice

RESUMEN EJECUTIVO	1
1 INTRODUCCIÓN	3
2 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y SU CONTEXTO	10
2.1 INTRODUCCIÓN.....	10
2.2 POBLACIÓN OBJETIVO Y ÁMBITO TERRITORIAL	12
2.3 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES	12
3 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN	14
3.1 TEORÍA DEL CAMBIO	14
3.2 HIPÓTESIS	16
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN	17
3.4 INDICADORES	18
3.5 DISEÑO DEL EXPERIMENTO	20
4 DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	23
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	23
4.2 RESULTADOS DE LA ASIGNACIÓN ALEATORIA.....	27
4.3 GRADO DE PARTICIPACIÓN Y DESGASTE POR GRUPOS	31
5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	34
5.1 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ECONOMETRICO: REGRESIONES ESTIMADAS	34
5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	35
6 CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN	39
BIBLIOGRAFÍA	42
APÉNDICE	44
MARCO TEMPORAL Y AGENTES RELEVANTES	44
EQUILIBRIO DE LA MUESTRA	46
RESULTADOS SOBRE LA UTILIZACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y RECURSOS ADQUIRIDOS	49

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 **“Espacios Infantiles: 0-3. Proyecto de Apoyo a la Primera Infancia para Familias en Situación de Vulnerabilidad”**, que se llevó a cabo por la **Fundación “la Caixa”** y **diferentes Entidades del Tercer Sector de Acción Social**, en cooperación con el **MISSM**.
- Este estudio evalúa una **formación específica para el empoderamiento de las familias en competencias parentales impartida en talleres familiares desarrollados en los “Espacios Infantiles: 0-3”** de cada entidad participante. Así, mientras el **grupo de tratamiento** recibió la mencionada formación y una intervención transversal configurada en un modelo de acompañamiento y apoyo social (soporte para la inclusión laboral, bienes para necesidades básicas, etc.), el **grupo de control** recibió únicamente el mencionado modelo de acompañamiento y apoyo social.
- El proyecto tuvo lugar en **nueve comunidades autónomas** (Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, Comunidad de Madrid y Región de Murcia). La muestra inicial estaba formada por 944 familias titulares (473 en el grupo de tratamiento y 471 en el grupo de control) y 65 reservas (para sustituir a las posibles bajas).
- En promedio, las familias participantes tenían una persona menor en el itinerario (0-3) con una edad promedio de dos años, y casi la mitad eran niñas (46%). Además, el 32% de las familias tenían al menos una persona menor lactante, y solo el 5% de las personas menores entre 0 y 3 años iban a la escuela. El 46% de las familias tenían 3 o más personas menores de 18 años, mientras que el 29% de ellas tenían dos y el 25% tienen una. Más de la mitad de las familias eran biparentales (65%), mientras que el 35% eran familias monoparentales.
- Asimismo, las responsabilidades principales de cuidado recaían en las mujeres, ya que el 84% de las personas tutoras principales eran mujeres. Las personas progenitoras tenían, en promedio, entre 34 y 37 años y el 38-45% tenían nacionalidad española. En promedio, el número máximo de años de educación de las personas tutoras era de 7, y solo el 38% de las familias tenía, al menos, una persona tutora empleada. El 74% de las personas tutoras principales estaban en desempleo, y de las que tenían empleo, solo el 8% tenía un trabajo permanente. En el caso de la segunda persona tutora, la proporción de desempleo era menor, el 59%, pero un porcentaje igualmente bajo (9%) tenía un trabajo permanente.

- El grado de seguimiento de los talleres familiares de las personas participantes del grupo de tratamiento fue alto, puesto que el 79% asistió al menos a las tres cuartas partes de las actividades.
- Los principales resultados de la evaluación fueron los siguientes:
 - **Competencias parentales observacionales:** las familias en el grupo de tratamiento mejoraron sus competencias parentales en términos de responsividad, afecto, aliento y enseñanza en aproximadamente un 13%, 8%, 27% y 46%, respectivamente, en relación con el grupo de comparación, de acuerdo con los indicadores medidos por las personas profesionales del servicio.
 - **Competencias parentales autorreportadas:** las familias en el grupo de tratamiento mejoraron en las competencias referidas al aliento y al afecto en cerca de un 3% respecto del grupo de comparación, y mejoraron en responsividad y enseñanza, aunque no de forma estadísticamente significativa, de acuerdo con la información reportada por las propias familias.
 - **Vulnerabilidad:** entre las familias del grupo de tratamiento se produjo una disminución de la vulnerabilidad económica, de relaciones intrafamiliares y educativa de un 3%, 3% y 4%, respectivamente, en relación con el grupo de comparación. En cuanto a la vulnerabilidad en vivienda, salud y capital sociocultural, no se produjeron mejoras estadísticamente significativas.

1 Introducción

Marco Normativo General

El Ingreso Mínimo Vital (IMV), regulado por la Ley 19/2021¹, 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 locales². 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 serie de variables de interés, y permite analizar el efecto de esta medida, lo que ayuda a determinar

¹ [Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el Ingreso Mínimo Vital](#) («BOE» núm. 304, de 21 de diciembre de 2021).

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

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 Ético³, 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 al proyecto **“Espacios Infantiles: 0-3. Proyecto de Apoyo a la Primera Infancia para Familias en Situación de Vulnerabilidad”**, ejecutado por la Fundación “la Caixa”.

Contexto del proyecto

Las competencias parentales comportan aquel conjunto de capacidades que permiten a los padres y madres afrontar de modo flexible y adaptativo la tarea vital de ser padres y madres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos e hijas (Rodrigo et al., 2009). De esta forma, las competencias parentales engloban el conjunto de habilidades que ostentan los padres y madres y bajo las cuales configuran la relación con sus hijos e hijas.

En este contexto, la parentalidad positiva conforma un enfoque específico de estructurar y modelar las relaciones padres y madres e hijos e hijas. En particular, la parentalidad positiva se refiere al comportamiento de los padres y madres fundamentado en el interés superior de la persona menor, que cuida, desarrolla sus capacidades y ofrece reconocimiento y orientación, y que incluye el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo de la persona menor (Recomendación

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.

Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2006). A este respecto, la parentalidad positiva implica que los padres y madres deben ofrecer a sus hijos e hijas atención, estructura y orientación, reconocimiento, potenciación, educación sin violencia, siendo respetuosos con el interés superior de la persona menor y sus derechos (Consejo de Europa, s.f.). Este proyecto se focalizó especialmente en evaluar el ejercicio continuo y constante de habilidades y competencias relacionadas con el afecto, el aliento o ánimo, la adaptabilidad y la enseñanza o educación.

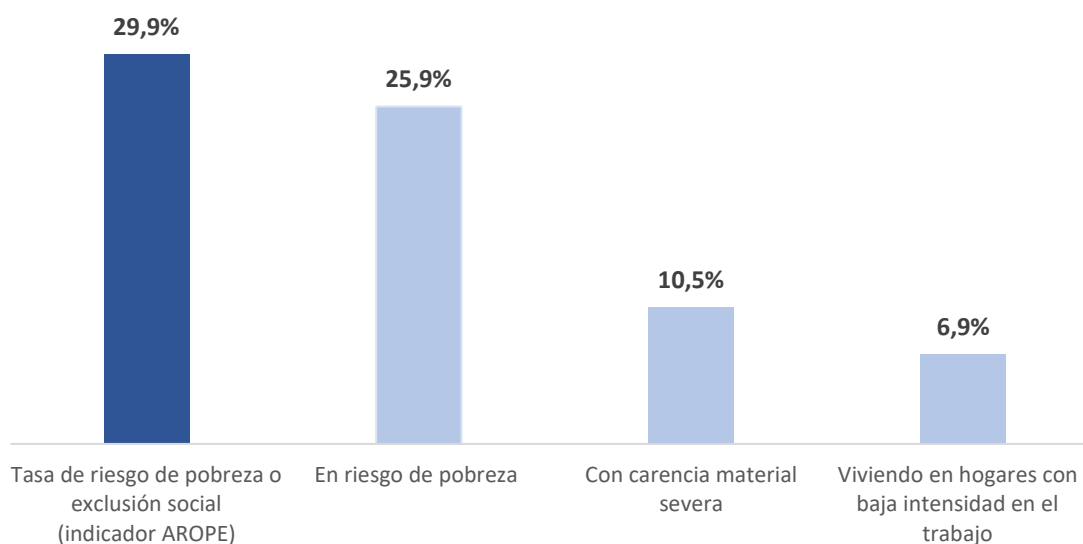
Asimismo, además de las capacidades y competencias parentales, el entorno psicosocial también tiene una incidencia directa en el desarrollo de la parentalidad positiva. Concretamente, la pobreza y la exclusión social, cuando se combinan con la falta de competencias parentales desde la perspectiva de la parentalidad positiva, pueden generar un círculo negativo de retroalimentación mutua. Esto es, por un lado, la exclusión social y la pobreza pueden provocar o agravar la falta de competencias parentales y, por otro, la falta de competencias parentales pueden ser el reflejo de la falta de competencias y habilidades personales en otros ámbitos de la vida cotidiana (laboral, familiar, social, etc.). De esta manera, las familias en situación de vulnerabilidad social en términos socioeconómicos a menudo enfrentan desafíos en el desarrollo y puesta en práctica de competencias parentales desde el paradigma de la parentalidad positiva, debido a la carencia de recursos materiales que complementen la educación de las personas menores (profesionales de la psicología, orientación social, etc.), restricciones de tiempo o falta de conciencia sobre estas habilidades cruciales, subrayando así la necesidad de apoyo e intervención específica dirigida a estas comunidades vulnerables.

Por consiguiente, bajo este contexto resultaba imprescindible destacar el grado de exclusión social y económica del colectivo objeto de este informe: familias con menores con edades comprendidas entre los 0 y 3 años.

En particular, tal y como muestra la **Figura 1**, en el año 2022 el 29,9% de las personas menores entre 0 y 3 años vivieron en hogares considerados en riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE⁴). Asimismo, con relación a los componentes del indicador AROPE para el año 2022 destaca el componente vinculado con las rentas del hogar (riesgo de pobreza), que afecta al 25,9% de las personas menores entre 0 y 3 años, seguido de la población infantil (0-3) con carencia material severa (10,5%) y la población infantil viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo (6,9%).

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).

Figura 1: Riesgo de pobreza o exclusión social (Indicador AROPE) de personas menores entre 0 y 3 años (2022)



Fuente: Encuesta de condiciones de vida en España en 2022, INE. Datos elaborados por la Plataforma de la Infancia⁵.

En consecuencia, dada la situación socioeconómica de las personas menores entre 0 y 3 años en España, el proyecto descrito en este informe abordó una problemática clave para el devenir educativo de estas personas menores. La formación y capacitación en habilidades parentales, desde el enfoque de la parentalidad positiva, tiene el potencial de mejorar de forma multidimensional la calidad de vida de padres, madres y menores en los ambientes socioeconómicos más vulnerables de España.

Marco normativo asociado al proyecto y estructura de gobernanza

A continuación, se refleja la principal normativa y planes estratégicos relacionados directamente con el desarrollo regulatorio de los ámbitos de la pobreza y vulnerabilidad socioeconómica infantil y competencias parentales.

Por un lado, a nivel estatal nos encontramos con el siguiente marco normativo y estratégico:

- **Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia:** cuyo objetivo principal se centra en la protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. En este contexto, esta ley realiza menciones explícitas a la parentalidad positiva como elemento fundamental del buen cuidado de las personas menores. Asimismo, se indica una definición específica de la misma y aspectos regulatorios relacionados con ella y su fomento en la sociedad.
- **Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia:** cuyo objetivo es la modificación del cuerpo legislativo dedicado a la

⁵ https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2023/07/INFORME-PLATAFORMA-INFANCIA-ECV-2023_ed03-1.pdf

protección de la infancia y adolescencia. En este sentido, el objetivo de esta ley es el de reformar el marco normativo que hace referencia a la protección multidimensional de la persona menor (económica, jurídica, etc.) para adecuarlo y actualizarlo a sus necesidades.

- **Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030):** cuyo objetivo es la adopción e implantación de la Garantía Infantil Europea (recomendación del Consejo de la Unión Europea) para romper el ciclo de la pobreza infantil garantizando el acceso a seis derechos o servicios básicos: educación y cuidado infantil; asistencia sanitaria; educación y actividades extraescolares; vivienda adecuada; al menos una comida saludable por día lectivo; alimentación saludable.

Por otro lado, a nivel europeo destaca:

- **Recomendación (2006) 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva:** cuyo objetivo es el reconocimiento de los Estados de la importancia de la responsabilidad parental. En este sentido, la recomendación pretende que se mejoren la calidad y las condiciones de la parentalidad en las sociedades europeas.
- **Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo:** cuyo objetivo es el establecimiento de una Garantía Infantil Europea que asegure el bienestar de las personas menores en diferentes ámbitos regulatorios (económico, educativo, sanitario, etc.).
- **Recomendación de la Comisión Europea 2013: invertir en infancia. Romper el ciclo de desventajas:** cuyo principal objetivo es abordar la pobreza infantil desde una perspectiva multidimensional (acceso a servicios, educación, etc.) en los países miembros de la Unión Europea.
- **Resolución Parlamento Europeo de 2023 sobre la reducción de las desigualdades y la promoción de la inclusión social en tiempos de crisis en favor de los niños y sus familias:** cuyo objetivo es la reducción de la exclusión social y aumento de la protección de personas menores y familias en situación socioeconómica vulnerable.
- **Pilar Europeo Derechos Sociales:** busca apoyar y garantizar el derecho de las personas menores a disfrutar de una educación y asistencia infantil asequible y de buena calidad además de una protección integral contra la pobreza.

Por último, a nivel internacional destaca la **Convención sobre los derechos del niño** adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en el año 1989. Esta convención aborda la vulnerabilidad socioeconómica infantil y las competencias parentales, al reconocer diversos derechos fundamentales relacionados con una visión integral de la infancia (niveles de vida, explotación económica, derechos de las personas menores en casos de separación de los padres, etc.).

En definitiva, el abordaje de la pobreza infantil y la mejora de las competencias parentales para un mejor y más adecuado cuidado de las personas menores presenta diferentes niveles de estructuras normativas a nivel estatal, europeo e internacional. En este sentido, el reciente **Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea** conforma la pieza angular del gasto y regulación con incidencia en infancia hasta el año 2030.

El proyecto piloto objeto de este informe estaba alineado con las estrategias europeas y nacionales en el ámbito de la pobreza infantil y el impulso de las competencias parentales, así como con la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, contribuyendo específicamente a los ODS 1,4,5 y 10.

Teniendo en cuenta el contexto de la vulnerabilidad infantil en España y la importancia de la educación temprana en las personas menores, la Fundación “la Caixa” (en adelante, la Caixa) propuso un proyecto de impulso y fomento de competencias parentales desde el paradigma de la parentalidad positiva en entornos de vulnerabilidad socioeconómica infantil en familias con menores entre 0 y 3 años. Así, este proyecto presentaba una oportunidad única de entender el impacto de intervenciones dirigidas al desarrollo de competencias parentales en combinación con ayudas de índole material, como el Complemento de Ayuda para la Infancia (CAPI) diseñado para complementar el IMV en aquellas familias con menores de 3 años.

El objetivo científico del proyecto era evaluar la eficacia y eficiencia de diferentes talleres para mejorar la atención de la primera infancia (0-3), ofreciendo apoyo para el desarrollo de competencias de cuidado y parentalidad positiva, así como para la disminución de la vulnerabilidad social familiar. Además, se pretendía fomentar la transferencia del conocimiento al proceso de elaboración de políticas públicas y rendir cuentas sobre los resultados del proyecto.

En este contexto, el marco de gobernanza configurado para la correcta ejecución y evaluación del proyecto incluía los siguientes actores:

- La **Fundación “la Caixa”** (la Caixa), como entidad responsable de la ejecución del proyecto. Esta entidad constituye una de las principales fundaciones bancarias de España con diversas líneas de trabajo dentro de los ámbitos de la investigación y la salud, de la cultura y de la ciencia, de la educación y de la acción social. Así pues, el proyecto presentado en este informe se encuadra dentro de la línea de actuación de programas y convocatorias sociales. En particular, esta intervención se inserta dentro del marco general del programa CaixaProinfancia, centrándose en la lucha contra la pobreza infantil y promoviendo el desarrollo social y educativo de niños, niñas y adolescentes (NNA) de 0 a 18 años de familias en riesgo de exclusión social.

Cabe señalar que el programa CaixaProinfancia se desarrolla a través de diversas entidades sociales en diferentes ciudades del ámbito geográfico español. En 2023, estaba presente en 145 municipios y contaba con el trabajo de más de 400 entidades prestadoras sociales, organizadas en 194 redes atendiendo a más de 65.000 NNA en España y Portugal. En consecuencia, la destacada experiencia de la Caixa en el desarrollo y ejecución de programas sociales y atención infantil y su extensa colaboración con instituciones públicas, empresas privadas y entidades del tercer sector, avalaban su idoneidad como socia para la ejecución de este proyecto. Así pues, en el marco de este programa, la Caixa fue la entidad responsable del diseño y estructuración del proyecto, siendo las entidades del tercer sector, seleccionadas mediante convocatoria abierta en diez comunidades autónomas por la Caixa, las responsables de su ejecución.

Las **entidades participantes y miembros del programa CaixaProinfancia**, son organizaciones sin ánimo de lucro. Pueden tener formas jurídicas diversas: asociaciones, fundaciones,

cooperativas, etc. Eran todas participantes del programa CaixaProinfancia y estaban, por lo tanto, vinculadas jurídicamente en el marco de este programa con la Caixa. El principal rol de estas entidades fue la ejecución de las diferentes intervenciones que se llevaron a cabo en este proyecto y, en particular, de los diferentes talleres “Espacios Infantiles: 0-3” encargados de la mejora de las competencias parentales de las familias participantes.

Además de la Caixa y las entidades participantes sin ánimo de lucro miembros del programa CaixaProinfancia, estuvieron involucrados **otros actores** como las mesas territoriales de infancia, servicios sociales o centros educativos. Todos ellos contribuyeron en el proceso de reclutamiento de las familias participantes.

- 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 Caixa:
 - 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 sigue 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 al grupo de tratamiento y control, 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**. Finalmente, 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 garantizara 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 expertos designados 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 7 de junio de 2023.

2 Descripción del programa y su contexto

Esta sección describe el programa que la Fundación “la Caixa” 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

Este proyecto piloto evaluó un modelo de talleres familiares desarrollado en los “Espacios Infantiles: 0-3” que buscaban mejorar las competencias parentales desde el enfoque de la parentalidad positiva en familias socioeconómicamente vulnerables. De esta manera, mediante la transferencia de conocimientos relacionados con la parentalidad positiva, se pretendía lograr la adquisición de competencias parentales y la reducción de la vulnerabilidad de las familias participantes en diferentes aspectos relacionados con la educación, la vivienda, la economía o el capital sociocultural.

La parentalidad positiva implica, entre otras cosas, el ejercicio continuo y constante de habilidades y competencias relacionadas con el afecto, el aliento o ánimo, la adaptabilidad y la enseñanza o educación, y está íntimamente relacionada con el estatus socioeconómico familiar. Específicamente, aquellas familias con mayor vulnerabilidad socioeconómica tienen mayores dificultades para

desarrollar e implementar competencias parentales que favorezcan el desarrollo temprano de las personas menores (Ayoub y Bachir, 2023; Hoff y Laursen, 2019).

Mientras que el ámbito de la pobreza y vulnerabilidad socioeconómica infantil corresponden a una temática ampliamente abordada por políticas públicas y evaluada mediante RCT, el desarrollo de las competencias parentales, así como la mencionada relación de estas habilidades con niveles socioeconómicos precarios, no se ha beneficiado de una atención pública similar.

La evidencia empírica en el uso de RCT en relación con la pobreza infantil y la inclusión social se extiende desde intervenciones puramente económicas hasta aquellas dirigidas a la inserción laboral y social de las familias. Por ejemplo, desde un punto de vista económico, destacan las intervenciones que proporcionan apoyo económico no condicionado a las familias con personas menores, obteniendo beneficios importantes sobre la salud física y mental de las personas menores en Canadá (Milligan, K., y Stabile, M., 2011), y Finlandia (Määttä et al., 2015).

Adicionalmente, el metaanálisis realizado por Morrison et al., (2014), expone los resultados de diferentes programas dirigidos a mejorar las competencias parentales de familias en países europeos. Por ejemplo, los programas *Family Nurse Partnership* y *Positive Parenting Programme* en Escocia y la intervención *Preparing for Life* en Irlanda, han promovido visitas de enfermeras cualificadas y trabajadores sociales a madres de menores con edades comprendidas entre los 0 y 2/3 años en áreas socioeconómicamente vulnerables. El objetivo de estas visitas fue la transferencia de conocimiento sanitario y el desarrollo de talleres para la mejora de las competencias parentales. Así, en lo que corresponde a la evaluación y diseño RCT de los mencionados programas, cabe destacar el impacto positivo de las intervenciones en el comportamiento parental e indicadores relacionados con la salud de las personas menores (por ejemplo: niveles de inmunización).

Otros programas de incidencia pública posteriores a la publicación del mencionado metaanálisis demuestran resultados similares a los encontrados en el mismo. Weisleder et al., (2016) evalúan un programa de intervención temprana en Estados Unidos dirigido por pediatras a madres en situación socioeconómica vulnerable. La evaluación RCT demuestra que la transmisión de conocimiento desde el paradigma de la parentalidad positiva tiene efectos positivos en el desarrollo temprano socioemocional de la persona menor. Asimismo, Leijten et al., (2017) evalúan el programa *Incredible Years Parenting* en Países Bajos, que consiste principalmente en talleres de transmisión de habilidades parentales en aquellas familias con especial vulnerabilidad por razón étnica y socioeconómica. Así, los resultados de la evaluación indican que dichos talleres han tenido un efecto positivo en el comportamiento de las personas menores a través de una mejora de habilidades parentales.

En resumen, la evidencia RCT respecto a intervenciones que mejoren las competencias parentales y desde la perspectiva de la parentalidad positiva es relativamente escasa si la comparamos con la evidencia existente de intervenciones directamente dirigidas a mejorar la vulnerabilidad socioeconómica infantil. En este sentido, las intervenciones que han sido evaluadas demuestran que los talleres basados en la transmisión de conocimiento y puesta en práctica de competencias parentales pueden mejorar las habilidades de padres y madres en situación socioeconómica precaria y repercutir en el bienestar emocional de las personas menores.

El programa "Espacios Infantiles: 0-3" emergió como una oportunidad pionera para evaluar el impacto de talleres orientados al desarrollo de competencias parentales. Así, a diferencia de lo indicado en la literatura, la evaluación no solamente abarcó dichas habilidades, sino que también se analizó el impacto de los mencionados talleres en otros indicadores de naturaleza socioeconómica y relacionales.

2.2 Población objetivo y ámbito territorial

La población objetivo fueron familias en situación de vulnerabilidad socioeconómica con menores a cargo en las edades de 0 a 3 años. En particular, el perfil de acceso incluyó a familias con un alto grado de vulnerabilidad social, bajo nivel de empleo, carencias en las competencias parentales y nulas o escasas competencias específicas para la crianza y dificultades para la escolarización infantil. De esta manera, las principales unidades de análisis del proyecto las conformaban familias con una renta inferior al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM)⁶.

En concreto, se priorizó el reclutamiento de familias con las siguientes características sociodemográficas:

- Madres primerizas y, con frecuencia, muy jóvenes.
- Familias monoparentales (principalmente "monomarentales").
- Familias con más menores en los que se manifiestan limitaciones para el cuidado.
- Familias inmigrantes y, en muchos casos, sin conocimiento suficiente del idioma.
- Familias (principalmente mujeres) sin acceso a la inserción laboral o con procesos truncados por razón de nacimiento y crianza de la persona menor.

El proyecto piloto se desarrolló en las siguientes 9 Comunidades Autónomas: Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, Comunidad de Madrid y Región de Murcia.

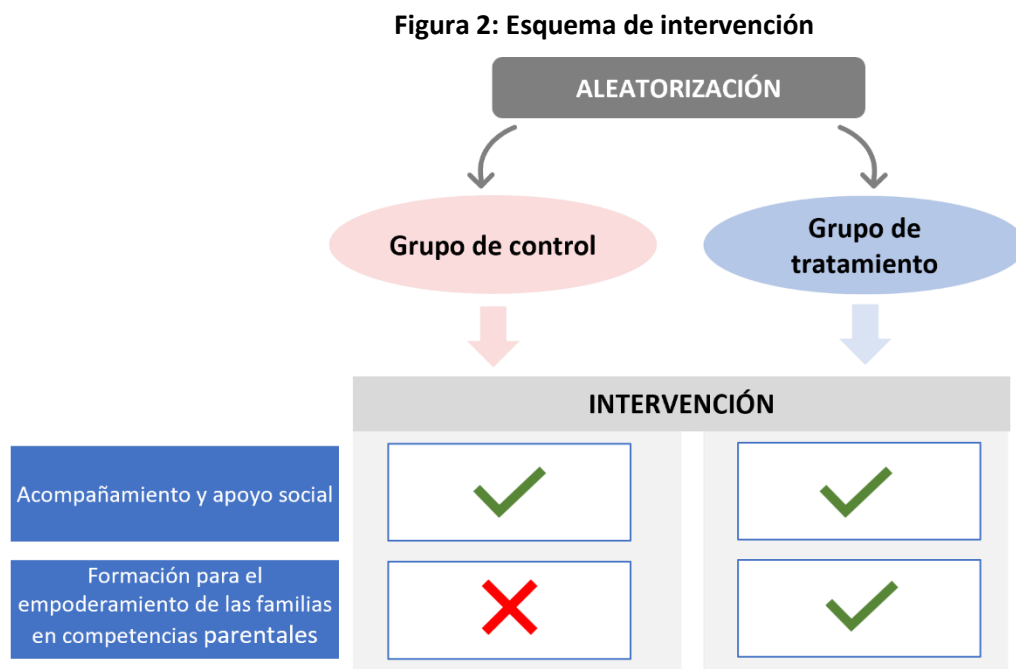
Se proporcionan más detalles sobre el proceso de captación y actores participantes en dicho proceso en la **sección 3.5** en el marco del diseño de la evaluación.

2.3. Descripción de las intervenciones

Las intervenciones de este itinerario estaban enmarcadas en un modelo global de acompañamiento socioeconómico, laboral y educativo implementado por las entidades participantes y miembros del programa CaixaProinfancia mencionados en el apartado anterior. Así, las actividades de este proyecto se apoyaron en dos bloques diferenciados de actuaciones: (i) actividades relacionadas con el acompañamiento y apoyo social; y (ii) formación para el empoderamiento de las familias en relación con las competencias y habilidades emocionales y educativas para el cuidado de la pequeña infancia. La intervención se diseñó siguiendo la metodología de RCT, con un grupo de control y un grupo de tratamiento. Las actividades relacionadas con el acompañamiento social se dirigieron, tanto al grupo

⁶ El Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) es un índice empleado en España como referencia para la concesión de ayudas, subvenciones o el subsidio de desempleo. Nació en 2004 para sustituir al Salario Mínimo Interprofesional como referencia para estas ayudas.

de control como al grupo de tratamiento. En cambio, la formación para el empoderamiento de las familias estaba dirigida únicamente a las familias que conforman el grupo de tratamiento. La **Figura 2** resume el esquema de intervención seguido:



A continuación, se especifican los dos bloques de servicios proporcionados a las familias:

Acompañamiento y apoyo social

El acompañamiento social de las familias, dirigido tanto al grupo de control como de tratamiento, se llevó a cabo por un tándem de profesionales formados expresamente (profesionales del trabajo social y la educación infantil) mediante una asignación de tiempo por familia de 15 horas durante la intervención. Este acompañamiento estaba constituido por las siguientes herramientas o recursos:

- **Pasaporte 0-3:** todas las familias que accedían al programa disponían de un pasaporte como herramienta de trabajo. Para ellas, esta herramienta suponía una especie de “libro de viaje” que hacía las funciones de “contrato pedagógico”, acumulando logros y explicitando la ruta a seguir. De esta manera, la herramienta manejada por cada profesional de trabajo social buscaba apoyar trayectorias de “buen cuidado” y “buena educación” de la infancia, sobre todo animando al compromiso y empoderamiento de madres y padres.
- **Bienes para necesidades básicas:** asociado al Pasaporte 0-3, las familias disponían de una ayuda monetaria en forma de tarjeta monedero recargable con una prestación de hasta 900 euros para la compra de productos de primera necesidad (alimentación, higiene, ropa, etc.). Este importe se distribuía en tres tramos de 300 euros por familia y perseguía reforzar el compromiso de las familias y apoyar la acción social del itinerario.
- **Apoyo a la inserción:** se ofrecía soporte y asistencia para la inserción a través del Programa Incorpora de Fundación “la Caixa” así como de otros servicios específicos del territorio (programas de inserción de entidades sociales, servicios locales de ocupación, oficinas de empleo, etc.). Así, el objetivo enmarcado en este recurso buscaba favorecer la inclusión de

personas jóvenes que empezaban su responsabilidad parental y tenían por delante mucho tiempo de paternidad-maternidad activa.

- **Bonus 0-3:** este recurso daba derecho a asistencia puntual al “Espacio Infantil 0-3” para dejar a la persona menor a cargo unas horas en el “servicio canguro” y resolver algunas necesidades de conciliación. Particularmente, el acompañamiento social a familias se vio beneficiado de este recurso al facilitar la asistencia a programas de formación intensivos. Así, se concedían tres bonos de 5 sesiones cada uno (2 horas por día), renovables en función de las necesidades de la familia y el grado de participación en el programa.
- **Encuentros 0-3:** consistía en la organización de “meriendas 0-3” (o espacios de encuentro equivalente) entre pares para conocer a otras familias, compartiendo inquietudes, y facilitando la evaluación prevista de competencias parentales y desarrollo infantil. Así, cada Espacio Infantil 0-3 organizaba 12 grupos de familias (6 con el grupo de tratamiento y 6 con el grupo de control), que participaban en seis encuentros.

Formación para el empoderamiento de las familias en competencias parentales

La formación para el empoderamiento de las familias en competencias parentales se materializaba en la realización de los talleres familiares desarrollados en los “Espacios Infantiles: 0-3” dirigidos exclusivamente al grupo de tratamiento. Concretamente, se formaban subgrupos dentro del grupo de tratamiento constituidos, aproximadamente, por entre 6 y 8 familias que acudían a un taller formativo. Este taller tenía una duración de 80 horas para cada subgrupo de familias, distribuido en 2 sesiones semanales durante 16 semanas. Las actividades del taller se desarrollaban en base a una formación práctica aplicada a partir de la estancia conjunta de las personas tutoras y menores con el personal profesional del “Espacio Infantil: 0-3” y otras familias. Así, la formación se focalizaba específicamente en el conocimiento de la persona menor, el desarrollo del vínculo afectivo, las estrategias para el cuidado y la regulación del comportamiento infantil. En concreto, el contenido de los talleres se estructuró en los siguientes bloques temáticos: 1) mujer madre; 2) postparto inmediato; 3) crianza respetuosa; 4) alimentación y sueño; 5) desarrollo integral y 6) juego.

3 Diseño de la evaluación

Esta sección describe el diseño de la evaluación de impacto de los itinerarios descritos en la sección anterior. Se describe la Teoría del Cambio que identificaba los mecanismos y los aspectos a medir, las hipótesis que se iban a contrastar en la evaluación, las fuentes de información para construir 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.

La falta de recursos para el acceso a educación infantil de las familias vulnerables reforzó la necesidad identificada en este proyecto concerniente a la falta de competencias parentales para el cuidado y crianza de menores a cargo entre las edades de 0 a 3 años en este tipo de familias. De esta manera, esta problemática o necesidad impulsó el punto de partida de la secuencia de impacto de la Teoría del cambio de la intervención en el grupo de tratamiento: talleres familiares en los “Espacios Infantiles: 0-3”.

La ejecución de estos talleres promovió una serie de acciones insertas en un programa de desarrollo de habilidades emocionales y estrategias educativas para el cuidado de las personas menores. De esta manera, este programa se posicionó como el producto principal al que estaban expuestas las personas participantes del grupo de tratamiento.

Se esperaba que dicho programa de formación tuviera un impacto directo en la mejora de las competencias parentales de las personas participantes, en la disminución de la vulnerabilidad social de las familias y en el propio uso y valoración de los conocimientos y recursos adquiridos durante el desarrollo de los talleres, constituyendo estos efectos los resultados intermedios de la secuencia de impactos de la Teoría del Cambio aplicada a este proyecto. Esto es, se esperaba que la formación en cierto tipo de habilidades emocionales y educativas acabara generando, en el corto plazo, un efecto positivo en la mejora de las competencias parentales, así como en la reducción de la precariedad y vulnerabilidad socioeconómica de las familias, y en el uso y valoración de los conocimientos y recursos adquiridos durante la formación.

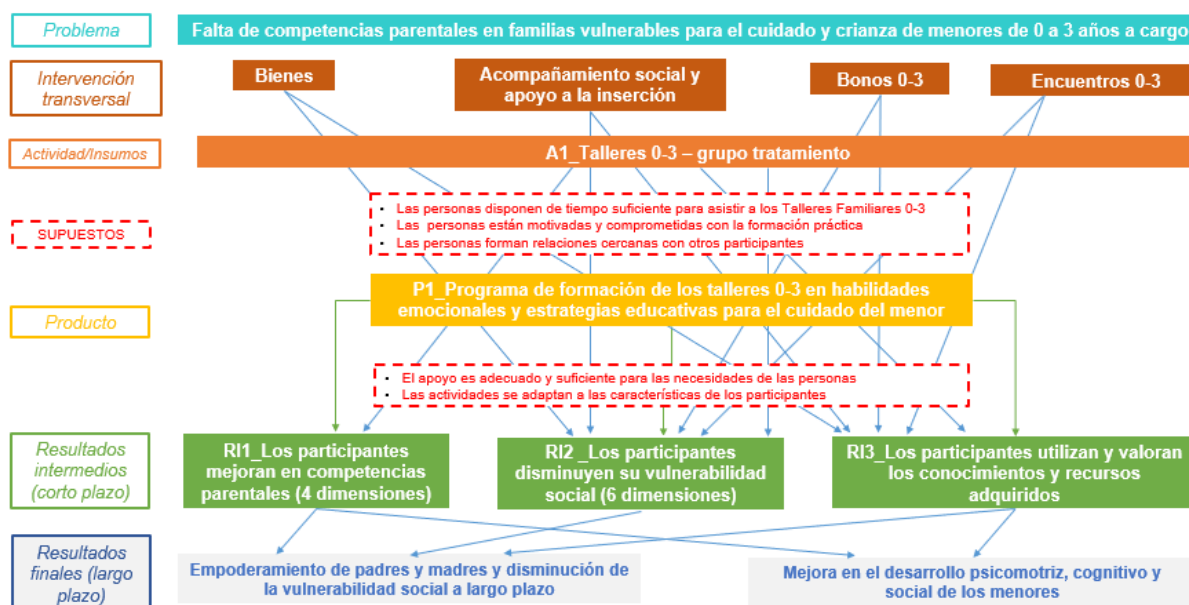
Finalmente, se preveía que esta mejora en habilidades parentales, disminución de la vulnerabilidad social e impulso del uso y valoración de los conocimientos adquiridos durante la formación tuvieran

un efecto directo en resultados finales definidos en dos vertientes de la vida de las personas participantes: empoderamiento de padres y madres y disminución de la vulnerabilidad social a largo plazo, mejora en el desarrollo psicomotriz cognitivo y social de las personas menores.

Por último, es importante mencionar que esta cadena de impactos reseñada en esta sección estaba sujeta a una serie de supuestos que incidían en la capacidad causal de la relación y nexos de impacto entre el producto y los resultados intermedios y finales del proyecto. A modo ilustrativo, para que los programas de formación en habilidades emocionales y estrategias educativas para el cuidado de la persona menor tuvieran un impacto en la mejora de las competencias parentales y en la reducción de la vulnerabilidad social, las actividades específicas que se realizaban en el desarrollo de estos programas habían de estar adaptadas a las características y necesidades de las propias personas participantes.

En la siguiente figura se ilustra la secuencia causal de acciones que se acaba de describir iniciada por el problema o necesidad detectada 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 ha detallado en la sección anterior, este itinerario buscaba la constatación del impacto diferencial de la metodología pedagógica aplicada mediante los talleres familiares en los “Espacios Infantiles: 0-3” en las siguientes dimensiones principales en las que se presuponía su efecto a corto plazo:

- El incremento de las competencias parentales desde el paradigma de la parentalidad positiva.
- La reducción de la vulnerabilidad social de las familias.
- Valoración y uso de los conocimientos adquiridos.

En este sentido, el perímetro de actuación de este proyecto abarcaba ámbitos de incidencia de diferente índole. Así, este enfoque multidimensional permitía analizar el impacto del itinerario en aspectos laborales, educativos y socioeconómicos de las personas beneficiarias del tratamiento, así como el propio uso y valoración de los conocimientos adquiridos en el mismo.

1. Mejora de las competencias parentales

La hipótesis principal en este ámbito de análisis postulaba que el desarrollo de los programas de formación aplicados en los talleres familiares de los “Espacios Infantiles: 0-3” mejoraría las competencias parentales de las personas participantes en el grupo de tratamiento. Las competencias parentales vinculadas con comportamientos positivos y habilidades emocionales se clasificaban en cuatro tipos: relacionadas con acciones de adaptabilidad, aliento, afecto, y educación. La hipótesis principal se basaba en las mediciones de estas competencias de forma observacional por el personal profesional del proyecto.

Asimismo, de forma complementaria, la hipótesis secundaria en este ámbito de análisis postulaba la mejora de competencias parentales autopercebidas y autorreportadas por las personas participantes a partir del desarrollo de los talleres familiares en los “Espacios Infantiles: 0-3”, comparadas con las competencias de las familias de control.

2. Disminución de la vulnerabilidad social familiar

Esta hipótesis postulaba que la participación en los talleres familiares en los “Espacios Infantiles: 0-3” disminuiría la vulnerabilidad social de las familias beneficiarias de la formación impartida, comparadas con las familias del control. En particular, la vulnerabilidad social familiar se midió en varias dimensiones de incidencia en la vida familiar, entre las que se incluían: vulnerabilidad económica, vulnerabilidad de vivienda, vulnerabilidad educativa, vulnerabilidad de salud, vulnerabilidad en términos de relaciones intrafamiliares y vulnerabilidad en capital sociocultural.

3. Utilización y valoración de los conocimientos y recursos adquiridos.

Como tercer ámbito de análisis, se estudió la valoración de los conocimientos y recursos adquiridos por las personas participantes de cada grupo, con el objetivo de evaluar si había diferencias entre ellos.

Los resultados de esta evaluación se incluyeron en el **Apéndice** del informe, al considerarse un análisis de proceso y no de impacto.

3.3 Fuentes de información

Con el propósito de evaluar y contrastar empíricamente las hipótesis descritas en el apartado anterior, se recurrió a las fuentes de información que se detallan a continuación.

En primer lugar, los datos básicos identificativos y de carácter sociodemográfico y económico de las familias se recogieron de forma ordinaria en cada una de las entidades y se establecieron en un aplicativo informático de gestión del programa CaixaProinfancia. Estos datos fueron incorporados y actualizados por las personas trabajadoras sociales de las entidades, responsables también de evaluar el grado de vulnerabilidad social. Concretamente, los datos necesarios para evaluar el nivel de vulnerabilidad socioeconómica en las dimensiones señaladas en el apartado anterior (economía,

vivienda, salud, relaciones intrafamiliares, capital sociocultural y educación), se recogieron mediante entrevista **antes** (encuesta de línea de base) y al **final** (encuesta de línea final) de la intervención que concernía a los talleres familiares en los “Espacios Infantiles: 0-3”.

En segundo lugar, a través de la herramienta PICCOLO, validada internacionalmente y adaptada al contexto español (Roggman et al., 2013; Vilaseca et al., 2019) el personal técnico de referencia (una persona trabajadora social y una persona educadora), mediante la observación, evaluaban las competencias parentales. Se contemplaron cuatro dimensiones (afecto, adaptabilidad, aliento o ánimo, enseñanza) con un total de 29 indicadores. La recogida de datos, para la que las personas profesionales habían obtenido formación previamente, se llevaba a cabo por cada profesional por separado, para obtener posteriormente y mediante triangulación una evaluación única de cada familia. Por tanto, la segunda fuente de información correspondió a fichas de datos y valoraciones técnicas referentes a las competencias parentales evaluadas por las personas especialistas de cada entidad y se obtuvo tanto al inicio como al final de la intervención para evaluar el progreso en las competencias parentales.

En tercer lugar, con el propósito de complementar la valoración por parte del personal técnico social, se incorporaron encuestas dirigidas a las familias para determinar su propia autovaloración de competencias parentales y grado de satisfacción y utilidad de los talleres. En particular:

- **Cuestionario familiar sobre competencias parentales:** fichas técnicas que eran completadas **antes** (línea de base) y al **final** (línea final) de la intervención de los talleres familiares en los “Espacios Infantiles: 0-3”. Concretamente, estos cuestionarios incorporaban autovaloraciones de la frecuencia con la que se llevaba a cabo cierto tipo de comportamientos positivos. A modo ilustrativo, se preguntaba por la frecuencia (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) con la que se hablaba con un tono cariñoso y sonriente a la persona menor.
- **Encuesta de satisfacción y utilidad de los talleres:** a través de un cuestionario las familias valoraban la utilidad y satisfacción en relación con la experiencia y los recursos en los que habían participado mediante una batería de preguntas recibidas al **final** de las intervenciones (línea final) del proyecto. Esta encuesta se basaba en una escala cualitativa (mucho, bastante, suficiente, poco o nada) dirigida a entender el nivel de satisfacción y utilidad autopercebida por las familias en relación con la experiencia y los recursos en los que habían participado.

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.

Competencias parentales

Con el objetivo de evaluar la hipótesis concerniente a la mejora de competencias parentales del grupo de tratamiento a través de la formación recibida en los talleres familiares desarrollados en los “Espacios Infantiles: 0-3”, se construyeron dos grupos de indicadores:

Indicadores observacionales: en primer lugar, para la valoración técnica llevada a cabo por el personal profesional de las competencias parentales de las familias participantes, se construyeron cuatro

índices cuantitativos calculados al inicio y al final de la intervención para cuatro competencias parentales: **adaptabilidad, afecto, aliento y educación**.

A modo ilustrativo, la habilidad emocional vinculada con el afecto estaba comprendida por comportamientos relacionados con el tono cariñoso con el que se hablaba a la persona menor o la capacidad de sonreír y mostrar calidez afectiva hacia ella.

El personal técnico cuantificaba la frecuencia de estos comportamientos mediante una escala (ausente=0; raramente=1; claramente=2). Los índices eran el sumatorio del puntaje otorgado por el personal técnico de cada comportamiento específico asociado con una competencia, tomando valores de 0 a 14 puntos para las dimensiones competenciales relacionadas con el afecto, la adaptabilidad y el aliento, y de 0 a 16 para la dimensión relacionada con la capacidad de educar y enseñar de los padres y madres. Finalmente, estos índices se estandarizaron para cada dimensión de tal manera que contaban con una media igual a 0 y varianza igual a 1.

Indicadores autopercebidos: se construyeron a partir de la información proporcionada por los propios padres y madres de las personas menores que determinaban la frecuencia de comportamientos positivos (autopercebida) en la escala: Nunca (0); Casi Nunca (1); Algunas veces (2); Casi Siempre (3); Siempre (4). Posteriormente, se construyó el índice estandarizado equivalente a los índices observables para los comportamientos relacionados con la **adaptabilidad, afecto, aliento y educación**.

Vulnerabilidad social familiar

Se propusieron varios indicadores cuantitativos para cada dimensión en la que se medía la vulnerabilidad social familiar (**económica, vivienda, salud, relaciones intrafamiliares, capital sociocultural, educativa**), recogidos al inicio y al final de la intervención.

Desde junio de 2022 el programa CaixaProinfancia contó con un instrumento de medida de la vulnerabilidad social familiar que ayudaba al diagnóstico de la situación familiar, la planificación de los planes de trabajo y permitía evaluar con mayor precisión los resultados de las intervenciones del programa. El instrumento fue desarrollado y validado por el Grupo de investigación consolidado en Pedagogía, Sociedad e Innovación con el apoyo de las TIC (PSITIC) de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna Universitat Ramon Llull (FPCEE Blanquerna-URL), en colaboración con el Grupo de investigación consolidado de Quantitative Psychology de la Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona y con el apoyo de la Fundación "la Caixa" y en el marco de un proyecto I+D+i financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (ref. PID2019-104971RB-I00)⁷.

En particular, la escala de vulnerabilidad social familiar se compuso de seis dimensiones obteniendo un coeficiente para cada una de ellas asociado a cada familia. Concretamente, el cálculo tenía en cuenta factores de riesgo y protección vinculados a una dimensión social específica, y se producía un

⁷ Proyecto de investigación titulado *Validación de una escala de vulnerabilidad social para evaluar el impacto de programas socioeducativos* dirigido por el Dr. Jordi Riera Romaní y el Dr. Jordi Longás Mayayo y financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (ref. PID2019-104971RB-I00).

coeficiente encuadrado dentro de la siguiente escala de vulnerabilidad social: menor de 70 (vulnerabilidad baja); entre 70 y 84 (vulnerabilidad media baja); entre 85 y 114 (vulnerabilidad media); entre 115 y 129 (vulnerabilidad alta); mayor o igual a 130 (vulnerabilidad muy alta) (Cañete-Massé et al., en revisión).

Utilización y valoración de los conocimientos y recursos adquiridos

Con relación a la valoración de los conocimientos y recursos adquiridos, se constituyeron varios indicadores postintervención fundamentados en una escala cualitativa asociada a un puntaje específico basada en una serie de preguntas relacionadas con la utilización y valoración de los conocimientos y recursos adquiridos por cada grupo (control y tratamiento). A modo ilustrativo, se creaba un indicador basado en la satisfacción con el desarrollo de los talleres compuesto por la siguiente escala y puntaje asociado: mucho (4); bastante (3); suficiente (2); poco (1); nada (0).

3.5 Diseño del experimento

Para evaluar el impacto de los talleres familiares desarrollados en los “Espacios Infantiles: 0-3”, 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 captación y selección de las personas beneficiarias de la intervención, así como la asignación aleatoria y el marco temporal del experimento.

Captación de participantes de la intervención

Este proyecto fue definido para su ejecución por 20 entidades que formaban parte de las redes territoriales del programa CaixaProinfancia, donde se desarrollaron los mencionados talleres familiares en los “Espacios Infantiles: 0-3”. De esta manera, el proceso de captación se estructuró de la misma forma para cada una de las 20 entidades ubicadas en las siguientes comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, Comunidad de Madrid y Región de Murcia. Los criterios de selección de las entidades participantes se basaron en criterios de idoneidad de propuestas y presupuestos según bases formuladas en convocatoria pública y distribución territorial por comunidades autónomas.

Tal y como se ha explicado anteriormente, la población de partida para el desarrollo de este proyecto estaba constituida por familias en situación de vulnerabilidad con menores entre 0 y 3 años a cargo, constituyéndose como principales unidades de análisis del proyecto familias con una renta inferior al índice IPREM.

Las fases del proceso de captación y reclutamiento incluyeron el contacto con las familias potencialmente beneficiarias del programa, la participación en sesiones informativas acerca del proyecto y la recogida del consentimiento informado necesario para la participación en el itinerario. La responsabilidad de captar a las familias participantes y desarrollar el mencionado proceso de captación recayó en las entidades. En este sentido, es importante entender que, si bien la responsabilidad principal de captación recayó principalmente en las 20 entidades seleccionadas, el acceso al programa se realizaba mediante las derivaciones acordadas en las mesas de infancia ya constituidas y activas, en las que participaban los servicios sociales, los centros educativos y otros actores locales. Estas mesas de infancia estaban constituidas por las entidades sociales mencionadas,

centros educativos, y servicios sociales de un mismo territorio en el que se trabajaba en red en el marco del programa CaixaProinfancia.

En primer lugar, las entidades sociales y los miembros de las mencionadas mesas de infancia contaban con una muestra de familias potencialmente beneficiarias que intentaban contactar. Una vez que se establecía el contacto, se procedía al desarrollo de sesiones informativas donde se exponía el proyecto y se detallaban los siguientes pasos a seguir. Paralelamente también se procedía a realizar una comprobación de los requisitos necesarios para participar en el proyecto. Finalmente, una vez se habían comprobado los criterios de participación y se había explicado en detalle el proyecto en las sesiones informativas, las familias interesadas en participar firmaban el consentimiento informado con el que aprobaban su participación en el programa. En el caso de que la muestra en cada red local no alcanzara las 48 familias previstas en cada entidad social, se procedía a coordinar acciones conjuntas con otras instituciones del territorio para reclutar familias que respondieran a los criterios de inclusión y aceptaran participar.

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

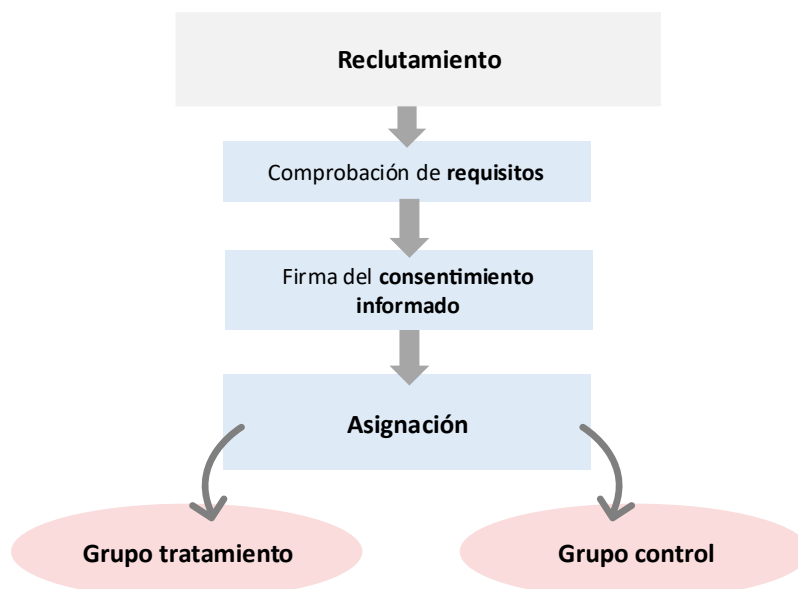
En el contexto de este proyecto piloto se diseñó un experimento dirigido a 944 familias distribuidas en 20 redes, previendo asignar el 50% de dichas familias al grupo de control y el otro 50% al grupo de tratamiento. Además, en el diseño de captación, se incluyó la posibilidad de incrementar el número de familias por red, con el objetivo de garantizar el número de familias participantes previsto mediante la reposición con “familias reserva” en el caso de una posible pérdida muestral durante la ejecución del itinerario.

Entre las familias que firmaron el consentimiento informado, para cada una de las redes se seleccionaron aleatoriamente 48 familias para formar parte de la muestra titular (excepto para una red en la que la muestra titular la formaban 32 familias) siendo el resto reservas. Se estratificó la

muestra a nivel de red y de una variable que determinaba si había o no al menos una persona menor lactante en la familia, creando 40 estratos. En cada uno de esos estratos, para la muestra titular, se asignaron de forma aleatoria las familias a los grupos de control y tratamiento. Con respecto a las reservas, se les asoció aleatoriamente por estrato un orden de sustitución en el que, en el caso de producirse bajas, entrarían a formar parte de la muestra titular.

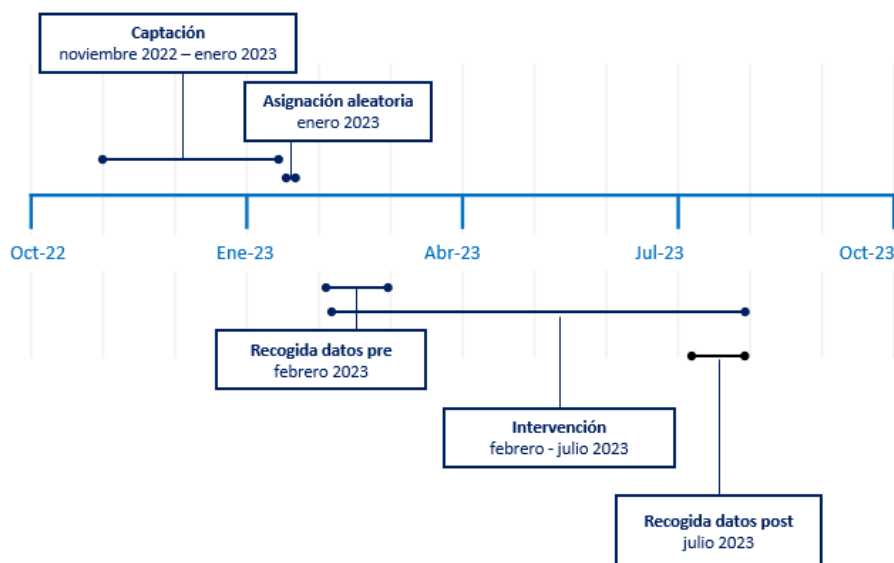
Por tanto, la aleatorización se realizó a nivel de familia en cada una de las redes mencionadas de cada entidad participante llevando a cabo una estratificación entre lactantes y no lactantes, entendiendo por “familia lactante” aquella que tenía al menos una persona menor que era lactante. Esta estratificación se llevó a cabo bajo la consideración de que existían diferentes necesidades para las personas menores y sus familias en el caso de que fueran “familias lactantes”. Así, aunque el tratamiento era homogéneo para la totalidad de personas participantes, se realizaron pequeñas adaptaciones del desarrollo del tratamiento acordes a la movilidad de la persona menor lactante.

Figura 4: Proceso de captación y aleatorización



La **Figura 5** muestra el marco temporal en el que se desarrolló la implementación y evaluación. La captación tuvo lugar entre los meses de noviembre 2022 a enero de 2023 y, en el mismo mes de enero, se realizó la asignación aleatoria de las familias participantes que cumplían los criterios y que habían firmado el consentimiento informado y estaban interesadas en participar. Los datos de línea de base se recogieron durante el mes de febrero de 2023. El desarrollo del itinerario o intervención se extendió desde el mes de febrero a julio de 2023. Finalmente, la encuesta final a las personas participantes se realizó una vez finalizada la intervención.

Figura 5: Marco temporal de la evaluación



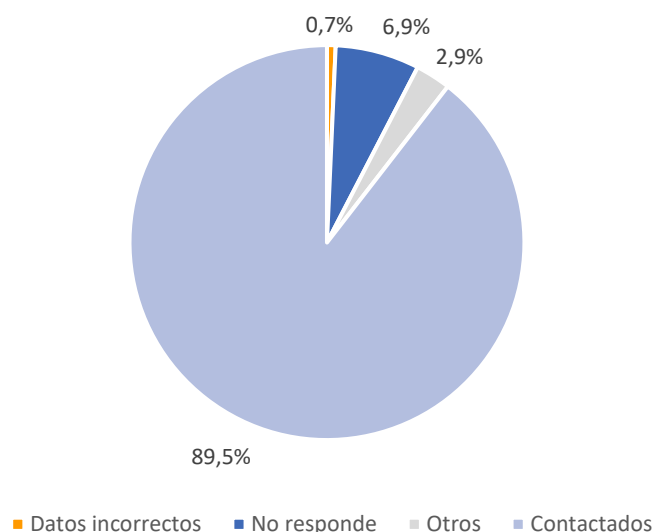
4 Descripción de la implementación de la intervención

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

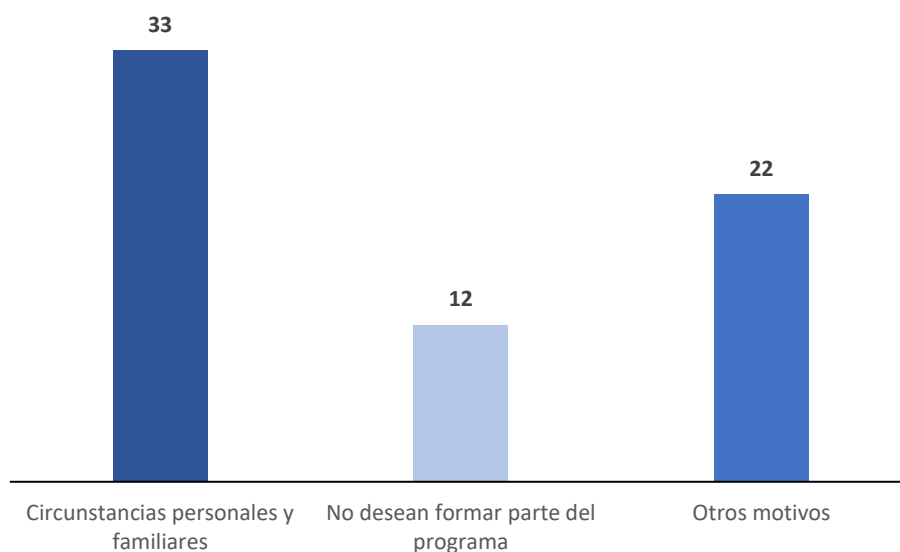
Tal y como se ha mencionado en la sección anterior, 20 entidades sociales, en colaboración con otros constituyentes de las mesas de infancia territoriales, seleccionaron y contactaron a las familias potencialmente beneficiarias de este proyecto piloto.

En primer lugar, el total de potenciales familias participantes se situó en 1.697. De este total, el 89,5% (1.519 familias) fueron contactadas por las entidades pertinentes. En la **Figura 6**, se muestran varios motivos por los cuales no se pudo establecer contacto con el total de potenciales familias beneficiarias de la intervención.

Figura 6: Resultado de intento de contacto con potenciales participantes

Por tanto, aproximadamente no se pudo contactar con 1 de cada 10 potenciales participantes. El 6,9% de las familias potencialmente beneficiarias no pudieron ser contactadas debido a que no respondieron a los intentos de las entidades de establecer comunicación con ellas, el 0,7% por no disponer de datos correctos de las familias y el 2,9% debido a motivos de diversa índole.

En segundo lugar, de las familias contactadas, a más de 370 no se les pudo presentar el proyecto al no haber acudido a la entrevista inicial. De las familias a las que sí se les presentó el proyecto, 67 declinaron participar alegando los motivos mostrados en la **Figura 7**. Concretamente, 33 familias no accedieron a participar por motivos relacionados con sus circunstancias personales y familiares, 12 notificaron que no deseaban formar parte del programa y 22 alegaron motivos de diferente índole.

Figura 7: Motivos de no participación de las familias con conocimiento del proyecto

Por último, cabe destacar que, de las familias contactadas, 1.081 aceptaron participar en el proyecto y 1.009 firmaron el consentimiento informado y, por tanto, son las que se incluyeron en el marco de la intervención, para formar parte de la muestra titular (944 familias) o reserva (65 familias).

Durante las primeras dos semanas de intervención, se contactó a 58 de las familias de la lista de reserva para unirse al grupo de control o al grupo de tratamiento (reservas activas) según el orden de sustitución mencionado en la **sección 3.5**, mientras que las otras 7 reservas no fueron necesarias (reservas inactivas). Por tanto, en el marco de este proyecto piloto la muestra experimental se definió como las 1.002 familias que fueron titulares (944) o reservas activas (58).

De esta muestra experimental de 1.002 familias, hubo 54 familias que abandonaron el programa antes de la recopilación de datos y no se pudo recabar su información. Por tanto, el conjunto de datos inicial contuvo información sobre 948 familias que, o bien fueron asignadas inicialmente a la muestra titular (independientemente de si abandonaron el programa en algún momento o no) o fueron asignadas al grupo de reserva que sustituyeron a algunos de los abandonos.

Además, siete de las entidades ejecutoras no contaban con listas de reserva o estas contenían muy pocas familias, por lo que no fue posible la sustitución de las familias seleccionadas que rechazaron su participación tras comunicarles los resultados de la selección aleatoria. Frente a ello, las entidades realizaron un esfuerzo adicional tratando de configurar o de ampliar sus listas de reserva volviendo a contactar con familias que habían expresado su interés en participar, pero que habían sido finalmente excluidas por no presentar el consentimiento informado. Las familias contactadas con posterioridad a la aleatorización inicial no se tuvieron en cuenta en la evaluación de impacto.

Características de la muestra final de la evaluación

La **Tabla 1** muestra las estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas y de resultados de la muestra experimental, medidas antes de la intervención, con datos recogidos en la línea de base. La tabla está estructurada en 6 columnas: nombre de la variable, media, desviación típica, valor mínimo y máximo y número familias a la que corresponde la información proporcionada.

Tabla 1: Estadísticas descriptivas de la muestra

	Desviación		Mín	Máx	N
	Media	Típica			
Características sociodemográficas					
Número de menores en el programa (0-3)	1,12	0,34	1,00	3,00	948
1 menor en la familia	0,25	0,43	0,00	1,00	937
2 menores en la familia	0,29	0,45	0,00	1,00	937
3 o más menores en la familia	0,46	0,50	0,00	1,00	937
Proporción de niñas (0-3)	0,46	0,48	0,00	1,00	948
Edad media de las personas menores (0-3)	2,17	0,90	0,49	4,02	948
Persona menor lactante	0,32	0,47	0,00	1,00	948
Proporción de menores en la escuela (0-3)	0,05	0,21	0,00	1,00	948
Familias biparentales	0,63	0,48	0,00	1,00	948

	Desviación				N
	Media	Típica	Min	Máx	
Familia extensa	0,01	0,08	0,00	1,00	948
Familia monoparental/monomarental	0,35	0,48	0,00	1,00	948
Otros tipos de familia	0,01	0,11	0,00	1,00	948
Tutor/a 1 mujer	0,84	0,37	0,00	1,00	948
Tutor/a 2 mujer	0,29	0,46	0,00	1,00	487
Tutor/a 1 edad	34,43	7,92	18,05	71,58	948
Tutor/a 2 edad	37,32	8,22	18,56	68,56	487
Tutor/a 1 nacionalidad española	0,45	0,50	0,00	1,00	948
Tutor/a 2 nacionalidad española	0,38	0,49	0,00	1,00	487
Máximo de años de educación de los/las tutores/es	7,18	3,42	0,00	16,00	948
Un/a tutor/a empleado/a	0,38	0,49	0,00	1,00	948
Tutor/a 1 trabajo temporal	0,13	0,34	0,00	1,00	948
Tutor/a 1 trabajo permanente	0,08	0,27	0,00	1,00	948
Tutor/a 1 desempleado/a con transferencia pública	0,26	0,44	0,00	1,00	948
Tutor/a 1 desempleado/a sin transferencia pública	0,48	0,50	0,00	1,00	948
Tutor/a 1 trabajo ocasional	0,02	0,14	0,00	1,00	948
Tutor/a 1 otros estados de trabajo	0,03	0,17	0,00	1,00	948
Tutor/a 2 trabajo temporal	0,23	0,42	0,00	1,00	487
Tutor/a 2 trabajo permanente	0,09	0,29	0,00	1,00	487
Tutor/a 2 desempleado/a con transferencias públicas	0,18	0,38	0,00	1,00	487
Tutor/a 2 desempleado/a sin transferencias públicas	0,41	0,49	0,00	1,00	487
Tutor/a 2 trabajo ocasional	0,04	0,19	0,00	1,00	487
Tutor/a 2 otros estados de trabajo	0,05	0,21	0,00	1,00	487
Otros cursos de la FLC atendidos	2,49	2,97	0,00	17,00	948
Resultados: Competencias parentales y vulnerabilidad					
Indicador de adaptabilidad inicial	-0,00	1,00	-2,49	1,42	915
Indicador de afecto inicial	0,00	1,00	-3,05	1,15	915
Indicador de aliento inicial	0,00	1,00	-1,64	1,76	915
Indicador de educación inicial	-0,00	1,00	-1,02	2,89	915
Indicador de adaptabilidad inicial autorreportado	-0,00	1,00	-4,23	0,95	905
Indicador de afecto inicial autorreportado	0,00	1,00	-4,00	1,17	905
Indicador de aliento inicial autorreportado	-0,00	1,00	-6,34	0,89	905
Indicador de educación inicial autorreportado	0,00	1,00	-5,01	0,86	905
Vulnerabilidad económica inicial	103,39	14,73	55,97	136,63	941
Vulnerabilidad de vivienda inicial	104,32	15,05	67,95	153,26	941

	Desviación				N
	Media	Típica	Min	Máx	
Vulnerabilidad de salud inicial	104,48	13,81	54,73	152,15	941
Vulnerabilidad de relaciones intrafamiliares inicial	103,31	13,66	65,90	144,89	941
Vulnerabilidad de capital sociocultural inicial	105,20	13,47	65,10	145,86	941
Vulnerabilidad educativa inicial	102,62	12,30	64,63	138,42	941

Como se observa en la **Tabla 1**, en promedio, las familias tenían una persona menor entre las edades de 0 a 3 años en el programa, con una edad promedio de dos años, y casi la mitad de ellas eran niñas (46%). Además, el 32% de las familias tenían una persona menor lactante, y solo el 5% de las personas menores entre 0 y 3 años iban a la escuela. El 46% de las familias tenían 3 o más menores de 18 años, mientras que el 25% y el 29% tenían uno y dos menores, respectivamente. Más de la mitad de las familias eran biparentales (65%), mientras que el 35% eran familias monoparentales/monomarentales. Además, en promedio, estas familias habían asistido a más de dos cursos de la Fundación "la Caixa" antes de la intervención.

Asimismo, las responsabilidades principales de cuidado recaían en las mujeres, ya que el 84% de las personas tutoras principales eran mujeres. Estas personas tenían, en promedio, entre 34 y 37 años y el 38-45% tenían nacionalidad española. En promedio, el número máximo de años de educación de las personas tutoras era de 7, y solo el 38% de las familias tenía al menos una persona tutora empleada. El 74% de las personas tutoras principales estaban desempleada, y de las empleadas, solo el 8% tenía un trabajo permanente. En cuanto a la segunda persona tutora, la proporción de desempleadas era menor, el 59%, pero un porcentaje igualmente bajo (9%) tenía un trabajo permanente.

La segunda parte de la **Tabla 1** presenta estadísticas resumidas para los indicadores de resultados medidos al inicio del estudio (línea de base), entre los que se incluyen, en el último bloque, los valores iniciales de seis índices que medían la vulnerabilidad de las familias participantes en el proyecto en seis aspectos diferentes: situación económica, vivienda, salud, relaciones intrafamiliares, capital sociocultural y educación.

4.2 Resultados de la asignación aleatoria

Una vez definida la muestra se procedió a la asignación aleatoria de las familias participantes, dentro del grupo de control (GC) o del grupo de tratamiento (GT) según lo explicado la **sección 3.5**. Este proceso de aleatorización se llevó a cabo por hogar dentro de cada red y teniendo en cuenta si había una persona menor lactante en la familia, dando lugar a 40 estratos.

La siguiente tabla muestra los resultados de la asignación aleatoria, detallando el número de familias participantes asignadas a cada grupo y desglosando esta información según las diferentes variables de estratificación.

Tabla 2: Resultado de la asignación aleatoria

Red	TITULARES									RESERVAS			TITULARES+RESERVAS		
	LACTANTES			NO LACTANTES			TOTAL			LACT	NO LACT	LACT+ NO LACT	LACT	NO LACT	LACT+ NO LACT
	GC	GT	Tot	GC	GT	Tot	GC	GT	Tot						
1	6	6	12	18	18	36	24	24	48	0	2	2	12	38	50
2	8	8	16	16	16	32	24	24	48	0	0	0	16	32	48
3	7	7	14	17	17	34	24	24	48	0	0	0	14	34	48
4	6	6	12	18	18	36	24	24	48	0	0	0	12	36	48
5	8	8	16	16	16	32	24	24	48	1	4	5	17	36	53
6	8	8	16	16	16	32	24	24	48	3	6	9	19	38	57
7	6	6	12	18	18	36	24	24	48	0	2	2	12	38	50
8	9	9	18	7	7	14	16	16	32	0	0	0	18	14	32
9	10	10	20	14	14	28	24	24	48	2	4	6	22	32	54
10	7	8	15	17	16	33	24	24	48	3	4	7	18	37	55
11	10	10	20	14	14	28	24	24	48	3	8	11	23	36	59
12	12	13	25	12	11	23	24	24	48	1	3	4	26	26	52
13	8	7	15	16	17	33	24	24	48	0	2	2	15	35	50
14	8	9	17	15	16	31	23	25	48	1	2	3	18	33	51
15	8	8	16	16	16	32	24	24	48	0	0	0	16	32	48
16	7	6	13	17	18	35	24	24	48	1	2	3	14	37	51
17	6	6	12	18	18	36	24	24	48	2	2	4	14	38	52
18	9	9	18	15	15	30	24	24	48	0	0	0	18	30	48
19	9	8	17	16	15	31	25	23	48	0	0	0	17	31	48
20	2	3	5	21	22	43	23	25	48	2	5	7	7	48	55
Total	154	155	309	317	318	635	471	473	944	19	46	65	328	681	1009

La **Tabla 3** indica la distribución de los grupos de intervención después de las sustituciones: 504 familias fueron asignadas al grupo de tratamiento, 490 al grupo de control y 8 reservas activas que no pudieron ser contactadas o se negaron a participar a las que no se les asignó grupo.

Tabla 3: Grupos de intervención después de las sustituciones

Grupo de Intervención	Familias
Grupo de tratamiento	504
Grupo de control	490
Grupo desconocido	8
Familiares titulares y reservas activas	1002
Reservas inactivas	7
Total de familias aleatorizadas	1009

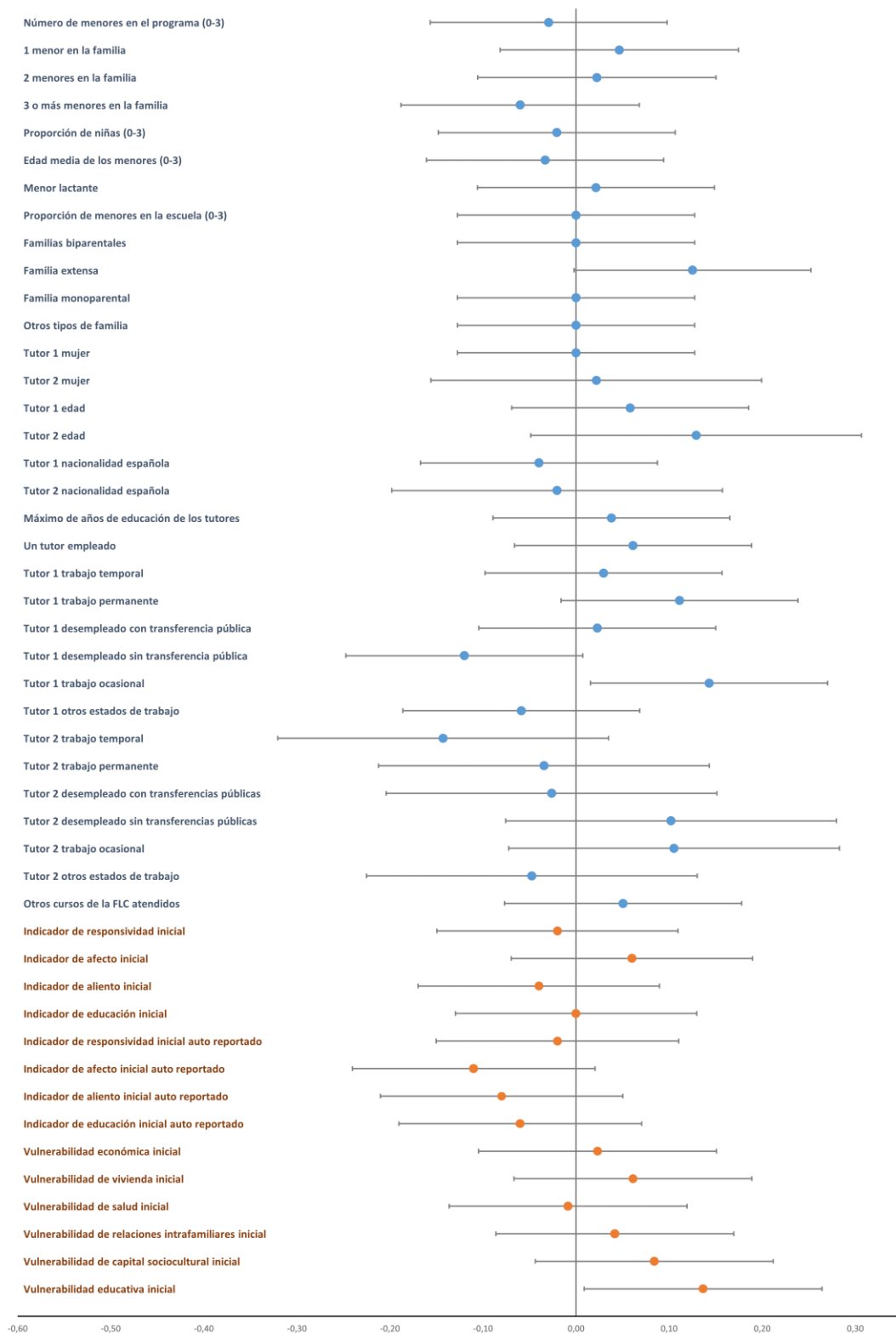
La **Figura 8**⁸ muestra los contrastes de equilibrio entre el grupo de tratamiento y el grupo de control basándose en datos recogidos antes de la intervención (línea de base).

Las pruebas de equilibrio se realizaron sobre todas las covariables presentadas en la **Tabla 1**, características sociodemográficas y resultados, medidas al inicio del estudio. 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.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas, la muestra estaba equilibrada, excepto por la proporción de personas tutoras principales desempleadas y que no recibían ninguna transferencia pública. Esta proporción era del 51% en el grupo de control mientras que era del 45% en el grupo de tratamiento, una diferencia que era significativa al nivel del 10%. La proporción de variables desequilibradas era menor del 5% de variables analizadas, lo que podía deberse al azar. Por lo tanto, se concluye que la muestra estaba equilibrada con respecto a las características sociodemográficas. En cuanto a los indicadores iniciales, la muestra también estaba equilibrada entre los grupos de tratamiento y control, con dos excepciones. En promedio, los índices de vulnerabilidad sociocultural y educativa eran más bajos en el grupo de control que en el grupo de tratamiento. Estas diferencias eran significativas al nivel del 10% y al 1%, respectivamente. En el análisis econométrico se controló por las variables no equilibradas.

⁸ Véase **Tabla 12** en el **Apéndice** relativa al equilibrio entre los grupos experimentales

Figura 8: Diferencia de medias estandarizadas entre grupo de tratamiento y grupo de control (intervalo de confianza del 95%)



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

La **Tabla 4** presenta el nivel de participación en la intervención en los talleres familiares desarrollados en los “Espacios Infantiles: 0-3” para las familias en el grupo de tratamiento⁹. La asistencia a los cursos fue muy alta: un 86% de las familias asistió a más del 25% de las sesiones, un 84% a más de la mitad y un 76% a más del 75%. Por lo tanto, el nivel de cumplimiento con el tratamiento se consideró alto.

Tabla 4: Grado de participación en los talleres familiares

	25% asistencia	50% asistencia	75% asistencia
Familias en grupo tratamiento	434	423	384
% de familias en grupo de tratamiento	86,11%	83,93%	76,19%
Total de familias en grupo de tratamiento	504		

Tasa de desgaste y desgaste por grupos

Con respecto a la tasa de desgaste, la proporción de potenciales encuestados al final del estudio con resultados faltantes fue del 10%, ya que no se recopiló esta información para 100 de las 1.002 familias titulares y de reserva activa. La **Tabla 5** muestra que 46 de estas familias no continuaron o tuvieron una participación irregular después de completar la encuesta inicial, mientras que 54 de estas familias abandonaron la intervención antes de que se recopilaran los datos iniciales.

⁹ La asistencia a la intervención no se registró para las familias en el grupo de control, lo que impidió al personal investigador analizar el incumplimiento en el grupo de control.

Tabla 5: Desgaste por participación e inicio del estudio completado

Estatus final	Abandono antes del inicio del estudio	Estudio inicial completado
Activo	0	1
Inactivo	0	13
Rechazo	54	32
Total por grupo	54	46
Familias con indicadores finales faltantes	100	
Total de potenciales personas encuestadas al	1002	

Nota: la tabla muestra el total de familias que abandonaron; esto es, aquellos casos en los que los indicadores finales (al final del estudio) no están disponibles.

La **Tabla 6** muestra que la tasa de desgaste fue del 12,7% en el grupo de tratamiento y del 5,7% en el grupo de control. Además, se disponía de 8 familias que estaban en la lista de reserva y no se pudieron contactar para unirse al programa o se negaron a participar cuando se contactaron.

Este nivel de desgaste fue relativamente bajo en comparación con estudios similares. El alto nivel de adherencia al programa y la tasa de respuesta en la encuesta final fueron indicaciones de que el programa fue altamente valioso para las familias. Además, el conjunto de datos recopilado por la Fundación "la Caixa" para sus actividades habituales permitió recuperar información final para las familias con datos faltantes al finalizar el estudio, lo que destacó los beneficios de los datos administrativos para aliviar los problemas de evaluaciones aleatorias como la tasa de desgaste.

Tabla 6: Desgaste por grupo de intervención

	Total	Tratamiento	Control	Contactado de la lista de reserva
Participantes que abandonan	100	64	28	8
Total de potenciales personas encuestadas al final del estudio	1.002	504	490	8
Tasa de desgaste	10,0%	12,7%	5,7%	

Nota: La tasa de desgaste se calcula sobre los 1.002 posibles encuestados al final del estudio, que incluye a las familias titulares y a las familias reservas contactadas.

Para evaluar si el desgaste introducía sesgo en las estimaciones, era esencial explorar dos aspectos clave: (1) si el abandono difería entre los grupos de intervención, denominado desgaste diferencial, y (2) si las características de las personas que abandonaron diferían significativamente entre los grupos, denominada desgaste selectivo.

Para probar si el desgaste diferencial entre los grupos era significativo, se utilizó la ecuación (1), donde *Desgaste* es una variable indicadora que tomaba el valor 1 si una persona *i* había abandonado y 0 si no lo había hecho, mientras que *Tratamiento_i* es el indicador de tratamiento.

$$Desgaste_i = \alpha + \beta Tratamiento_i + \varepsilon_i \quad (1)$$

La primera columna de la **Tabla 7** presenta los resultados de la estimación. Se observa que la tasa de desgaste en el grupo de tratamiento fue estadísticamente más alta en un 7% que en el grupo de control. Dada la diferencia significativa en la tasa de abandono entre los grupos de tratamiento y control, se comprobó si las familias con resultados finales faltantes en el tratamiento y el control diferían en características observables desde el inicio. La segunda columna en la **Tabla 7** muestra los resultados de la estimación de la ecuación (2), donde X_k son características observables y δ_k los parámetros de interés. Un coeficiente δ_k significativo indicaría que los abandonos del grupo de control y del grupo de tratamiento diferían significativamente en características X_k .

$$Desgaste_i = \alpha + \beta Tratamiento_i + \sum_k \beta_k X_{ik} + \sum_k \delta_k X_{ik} \times Treatment_i + \varepsilon_i \quad (2)$$

Se observa que las familias con resultados finales faltantes del grupo de tratamiento tenían menores significativamente mayores y eran familias monoparentales en una proporción mayor que las del grupo de control. Aparte de estas dos diferencias significativas al nivel del 5%, los abandonos del grupo de control y del grupo de tratamiento no diferían significativamente en ninguno de los observables.

Tabla 7: Pruebas de desgaste diferencial y selectivo

	(1) Desgaste diferencial	(2) Desgaste selectivo
Tratamiento	0,07*** (0,02)	
Tratamiento		0,00 (0,06)
Tratamiento x Número de menores en el programa (0-3)		-0,05 (0,04)
Tratamiento x Edad media de las personas menores (0-3)		0,04** (0,02)
Tratamiento x Lactancia materna		0,06 (0,03)
Tratamiento x Proporción de menores en la escuela (0-3)		-0,01 (0,06)
Tratamiento x Familia extensa		-0,02 (0,02)
Tratamiento x Familia monoparental		0,08** (0,04)
Tratamiento x Otros tipos de familia		-0,03 (0,02)
Tratamiento x Tutor/a 1 nacionalidad española		-0,03 (0,03)

	(1)	(2)
	Desgaste diferencial	Desgaste selectivo
Tratamiento x Máximo de años de educación de los/las tutores/as		0,00 (0,00)
Tratamiento x Un/a tutor/a empleado/a		-0,03 (0,02)
Tratamiento x Otros cursos de FLC atendidos		-0,00 (0,00)
Observaciones	994	948
R-cuadrado	0,01	0,06
Media	0,06	0.03

Nota: la regresión en la columna (1) incluye observaciones de aquellos que abandonan antes del inicio del estudio y que ya habían sido asignados al grupo de control o tratamiento. La regresión (2) solo incluye las familias que abandonaron después del inicio del estudio, ya que no se dispone de las covariables de aquellas familias que abandonaron antes del estudio. Los errores estándar están agrupados a nivel de estrato. Significancia: ***=.01, **=.05, *=.1.

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. Sin embargo, 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

El modelo de regresión utilizado para estimar el efecto causal de una intervención RCT estima la diferencia entre el valor promedio del resultado para el grupo de control y el grupo de tratamiento. Esta diferencia es lo que se denomina impacto del proyecto. Esta estimación captura el impacto causal de la intervención, ya que el procedimiento de aleatorización garantiza que, en promedio, los grupos de tratamiento y control sean comparables, y cualquier diferencia observada en los resultados entre los dos grupos pueda atribuirse a la intervención.

El análisis se centró en la estimación de la intención de tratar (*Intention-To-Treat* o *ITT*, por sus siglas en inglés), que comparó a las personas asignadas al tratamiento con aquellas asignadas al control, independientemente de si cumplían con la asignación aleatoria. Esta es generalmente la estimación relevante para la política del impacto del programa, ya que, en la mayoría de los casos, el cumplimiento con el programa pudo no ser obligatorio (como es el caso de los talleres familiares desarrollados en los “Espacios Infantiles: 0-3”).

Las principales estimaciones incluyeron controles del nivel inicial (es decir, el valor de referencia del indicador, el número de menores que la familia tenía en el programa, el tipo de familia, los años

máximos de educación de las personas tutoras y el estado laboral de la personatutora principal) y efectos fijos de estratos para corregir los pequeños desequilibrios observados en el nivel inicial y mejorar la precisión de las estimaciones realizadas. Se agruparon los errores estándar a nivel de estratos, utilizando los 40 estratos definidos por la red y una variable que indicaba si había una persona menor lactante en la familia.

Específicamente, se estimó la siguiente ecuación como nuestra especificación principal:

$$Y_{i,t=1} = \alpha + \beta T_i + \gamma Y_{i,t=0} + X_i \delta + \lambda \eta_i + \varepsilon_i \quad (1)$$

donde $Y_{i,t=1}$ es la variable dependiente de interés observada después de la intervención para la familia i , T_i indica si la familia había 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), X_i es un vector de variables de control, y η_i representa efectos fijos de estratos. El coeficiente de la variable de tratamiento β , captura la ITT, que es el parámetro de interés.

Para el análisis de heterogeneidad, se investigó si los resultados diferían según si las familias tenían al menos una persona menor lactante. Para este análisis, se ejecutó un modelo de interacción completo. Esto significa interactuar con el tratamiento, las variables de control y el resultado al inicio de la línea de tiempo con una variable indicadora de si el hogar tenía al menos una persona menor lactante. Así, B_i indica si el hogar tenía al menos una persona menor lactante (=1) o no (=0).

$$Y_{i,t=1} = \alpha + \beta T_i + \gamma Y_{i,t=0} + X_i \delta + \beta_2 T_i * B_i + \gamma_2 Y_{i,t=0} * B_i + X_i * B_i \delta_2 + \lambda \eta_i + \varepsilon_i \quad (2)$$

5.2 Análisis de los resultados

5.2.1 Resultados principales y secundarios

La **Tabla 8** y la **Tabla 9** muestran el efecto del tratamiento sobre las variables de resultado de interés. Esta especificación incluye los controles (concretamente, el valor de línea de base del índice, el número de personas menores en el programa, el tipo de familia -monoparental, biparental, extendida u otro-, el máximo de años de educación de las personas tutoras y el estado laboral de la persona tutora principal) y los efectos fijos de los estratos.

El proyecto mejoró las medidas observables de habilidades parentales (informe del personal profesional sobre las competencias de las personas tutoras). Las columnas (1) a (4) de la **Tabla 8** muestran un efecto positivo y estadísticamente significativo, lo que indica que el programa aumentó las medidas observables de las competencias de las personas tutoras en términos de la responsividad parental, afecto, estímulo y educación en aproximadamente la mitad de una desviación estándar.

Sin embargo, cuando las competencias parentales fueron autorreportadas (con las personas tutoras informando sobre sus propias competencias), la significatividad del efecto se volvió menos consistente y el tamaño de los efectos, cuando eran significativos, fue considerablemente menor. Los coeficientes no fueron estadísticamente significativos para dos de las cuatro medidas, aunque todos siguieron siendo positivos (columnas (5) a (8)). Las excepciones fueron el índice relativo al aliento, que siguió siendo significativo al nivel del 5%, y fue 0,15 desviaciones estándar más alto en las familias del grupo de tratamiento con respecto a las del grupo de control, y el índice de afecto, que mostró que las familias del grupo de tratamiento informaban una medida 0,13 desviaciones típicas más alta que las del grupo de control.

Los efectos en las medidas de habilidades parentales observadas deben tomarse con precaución, ya que las diferencias con los efectos en las medidas autopercibidas podrían ser el resultado de efectos de demanda. Las familias pudieron haber cambiado consciente o inconscientemente su comportamiento para tratar de confirmar las hipótesis que creían que la persona evaluadora estaba tratando de probar. Además, estos efectos impulsados por el comportamiento también podrían afectar al personal profesional, que estaba al tanto del estado de tratamiento de cada familia cuando informó las medidas observadas.

Tabla 8: Impacto en las competencias parentales

	Indicadores observacionales				Indicadores autorreportados			
	(1) Adaptabilidad	(2) Afecto	(3) Aliento	(4) Educación	(5) Adaptabilidad	(6) Afecto	(7) Aliento	(8) Educación
Tratamiento	0,44*** (0,09)	0,33*** (0,10)	0,58*** (0,10)	0,63*** (0,10)	0,11 (0,06)	0,13* (0,07)	0,15** (0,06)	0,04 (0,07)
Observaciones	882	882	882	882	883	883	883	883
R-cuadrado	0,48	0,41	0,49	0,57	0,27	0,31	0,23	0,29
Media grupo de control	-0,21	-0,17	-0,28	-0,31	-0,05	-0,05	-0,06	-0,01

Nota: Los errores estándar están agrupados a nivel de estrato. Las regresiones incluyen controles para el número de menores en el programa, tipo de familia, máximo de años de educación de las personas tutoras, el indicador al inicio del estudio y efectos fijo a nivel estrato. Significancia: ***=-.01, **=-.05, *=-.1

La **Tabla 9** muestra los resultados para la vulnerabilidad de las familias. El efecto de los talleres familiares desarrollados en los “Espacios Infantiles: 0-3” en la vulnerabilidad económica, intrafamiliar y educativa fue significativo al nivel de significatividad del 10%, 5% y 1%, respectivamente, comparado con el grupo de control. Las columnas (1), (4) y (6) muestran que las familias en el grupo de tratamiento mostraron niveles más bajos de vulnerabilidad social en comparación con las familias en el grupo de control; la vulnerabilidad económica disminuyó en un 1,4% en las familias tratadas, la vulnerabilidad en las relaciones intrafamiliares en un 1,2% y la vulnerabilidad en la educación en un 1,3%.

Tabla 9: Impacto en las dimensiones de vulnerabilidad

	Indicadores de vulnerabilidad					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Economía	Vivienda	Salud	Relaciones intrafamiliares	Capital sociocultural	Educación
Tratamiento	-1,40*	-0,71	-0,85	-1,19**	-0,70	-1,36***
	(0,76)	(0,66)	(0,61)	(0,57)	(0,62)	(0,37)
Observaciones	791	791	791	791	791	791
R-cuadrado	0,59	0,69	0,61	0,68	0,66	0,64
Media grupo de control	100,97	101,36	100,73	101,69	102,47	100,41

Nota: Los errores estándar están agrupados a nivel de estrato. Las regresiones incluyen controles para el número de menores en el programa, tipo de familia, máximo de años de educación de las personas tutores, el indicador al inicio del estudio y efectos fijo a nivel estrato. Significancia: ***=.1 **=.05 *=.1

5.2.2 Análisis de heterogeneidad

El programa de talleres familiares desarrollado en los “Espacios Infantiles: 0-3” estaba diseñado para familias con menores de 0 a 3 años, adaptándose tanto a aquellas que tenían al menos una persona menor lactante (familias lactantes) como a las que no. El programa se modificaba ligeramente para adaptarse a las necesidades de las familias lactantes. Además, el tamaño de los grupos en los talleres se ajustó en función de este factor, variando desde un máximo de 8 a 12 personas participantes. Tal y como se ha mencionado previamente, para garantizar la efectividad de este enfoque, en el proceso de aleatorización se tuvo en cuenta como variable de estratificación la presencia de al menos una persona menor lactante en la familia. Así, se llevó a cabo un análisis de heterogeneidad para determinar si el impacto del programa variaba entre las familias con al menos una persona menor lactante.

La **Tabla 10** y la **Tabla 11** muestran si los resultados variaban en función de si las familias tienen al menos una persona menor lactante. En general, el efecto medio del tratamiento no difirió entre las familias con y sin al menos una persona menor lactante.

En estas regresiones, el coeficiente de la variable de *Tratamiento* muestra el efecto en las familias no lactantes (aquellas que no tenían ninguna persona menor lactante), siendo el efecto en las familias lactantes la suma de los coeficientes de la variable de *Tratamiento* y la variable de *Tratamiento x Lactancia*. El coeficiente de *Tratamiento x Lactancia* muestra la diferencia entre los efectos del tratamiento en ambas submuestras (familias con y sin menores lactantes).

La **Tabla 10** muestra los resultados para las competencias parentales. El término de interacción (*Tratamiento x Lactancia*) no fue estadísticamente significativo, lo que sugiere que el efecto medio del tratamiento en las competencias parentales no difirió entre las familias con y sin menores lactantes.

Tabla 10: Impacto de heterogeneidad en las competencias parentales al tener al menos una persona menor lactante

	Indicadores observacionales				Indicadores autorreportados			
	(1) Adaptabilidad	(2) Afecto	(3) Aliento	(4) Educación	(5) Adaptabilidad	(6) Afecto	(7) Aliento	(8) Educación
Tratamiento	0,48*** (0,13)	0,39** (0,15)	0,60*** (0,13)	0,69*** (0,14)	0,11 (0,08)	0,19** (0,09)	0,17** (0,08)	0,04 (0,08)
Lactancia	0,55 (0,50)	0,66 (0,48)	0,59 (0,63)	0,87* (0,50)	1,02 (0,77)	1,19** (0,44)	1,54** (0,69)	1,40** (0,68)
Tratamiento x Lactancia	-0,10 (0,18)	-0,16 (0,17)	-0,06 (0,18)	-0,16 (0,18)	-0,10 (0,13)	-0,21 (0,13)	-0,14 (0,12)	-0,02 (0,14)
Observaciones	882	882	882	882	883	883	883	883
R-cuadrado	0,49	0,42	0,50	0,58	0,29	0,33	0,25	0,31
Media grupo de control	-0,21	-0,17	-0,28	-0,31	-0,05	-0,05	-0,06	-0,01

Nota: Errores estándar (entre paréntesis) agrupados a nivel de estrato. Las regresiones incluyen controles para el número de menores en el programa, tipo de familia, máximos de años de educación de las personas tutoras y estado laboral de la primera persona tutora, el indicador al inicio del estudio y su interacción con la variable ficticia de la lactancia materna. Las regresiones también incluyen efectos fijos a nivel de estrato. Significancia: ***=0.01, **=0.05, *=0.1

La **Tabla 11** muestra el análisis heterogéneo para la vulnerabilidad de las familias. De manera similar, encontramos que el término de interacción generalmente no fue estadísticamente significativo, lo que sugirió que el efecto medio del tratamiento en la vulnerabilidad de las familias no difería entre las familias con y sin menores lactantes. La única excepción fue el efecto en la vulnerabilidad de la vivienda, donde el tratamiento tuvo un efecto estadísticamente significativo y negativo en la vulnerabilidad de las familias sin menores lactantes, mientras que tuvo un efecto estadísticamente significativo y positivo en las familias con menores lactantes. Este impacto heterogéneo del tratamiento podría explicar el efecto no estadísticamente significativo en la vulnerabilidad de la vivienda observado en la muestra completa.

Tabla 11: Impacto de heterogeneidad en las dimensiones de vulnerabilidad al tener al menos una persona menor lactante

	Indicadores de vulnerabilidad					
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Economía	Vivienda	Salud	Relaciones intrafamiliares	Capital sociocultural	Educación
Tratamiento	-1,12 (0,78)	-1,70** (0,63)	-0,93 (0,80)	-0,48 (0,56)	-0,68 (0,83)	-1,44*** (0,40)
Lactancia	-21,00* (10,53)	8,33 (10,26)	-7,92 (12,77)	8,19 (12,25)	8,52 (10,19)	-0,36 (13,39)
Tratamiento x lactancia	-0,54 (1,93)	3,41** (1,57)	0,38 (1,29)	-2,16 (1,44)	0,20 (1,25)	0,32 (0,85)
Observaciones	791	791	791	791	791	791
R-cuadrado	0,59	0,69	0,61	0,69	0,67	0,64
Media grupo de control	100,97	101,36	100,73	101,69	102,47	100,41

Nota: Errores estándar (entre paréntesis) agrupados a nivel de estrato. Las regresiones incluyen controles del número de personas menores en el programa, tipo de familia, máximo de años de educación de las personas tutoras, estatus de trabajo de la primera persona tutora, indicador al inicio del estudio y su interacción con la variable ficticia de la lactancia materna. Las regresiones también incluyen efectos fijos a nivel de estrato. Significancia: ***=.01, **=.05, *=.1.

Por último, en lo que respecta al indicador relacionado con la utilización y valoración de los conocimientos y recursos adquiridos la **Tabla 13** del **Apéndice** muestra la satisfacción con los productos y servicios recibidos tanto en el grupo de tratamiento y el grupo de control después de la intervención.

6 Conclusiones de la evaluación

El desarrollo infantil temprano sienta las bases para numerosos resultados en la vida posterior, incluyendo el logro académico, las habilidades sociales y el bienestar general. Sin embargo, en España, la probabilidad de que las personas menores de tres años reciban educación escolar o cuidado profesional aún está estrechamente ligada al estatus socioeconómico de sus familias. Por lo tanto, es crucial proporcionar a las familias vulnerables herramientas para promover las competencias parentales para el desarrollo temprano de las personas menores a su cargo.

En este contexto, este estudio analizó el RCT implementado por la Fundación "la Caixa" que involucró a 1.009 familias en 20 redes locales en España. Al asignar aleatoriamente a las familias para participar en los talleres familiares o en un grupo de control, se buscaba capturar el efecto causal de un programa dirigido a familias vulnerables con menores de 0 a 3 años focalizado en sus competencias parentales y vulnerabilidad social. Tanto el grupo de control como el de tratamiento recibió acompañamiento social y apoyo para la inclusión laboral, y pudo participar en reuniones regulares para padres y madres. Además, el grupo de tratamiento participó en talleres familiares desarrollados en los "Espacios

Infantiles: 0-3", que abarcaron 32 sesiones durante 16 semanas, diseñados para mejorar las habilidades parentales en familias con menores de 0 a 3 años. Los temas clave incluyeron el apoyo a interacciones positivas entre personas tutoras y sus menores, el desarrollo de competencias parentales y el establecimiento de una relación paterno/materno-infantil afectuosa.

Los resultados medidos abarcaron las habilidades parentales (tanto observadas como autopercebidas) en áreas como la adaptabilidad, afecto, aliento y educación. Además, el programa evaluó medidas de vulnerabilidad en situación económica, vivienda, salud, relaciones intrafamiliares, capital sociocultural y educación, índice desarrollado por el grupo de investigación consolidado PSITIC, FPCEE Blanquerna-URL.

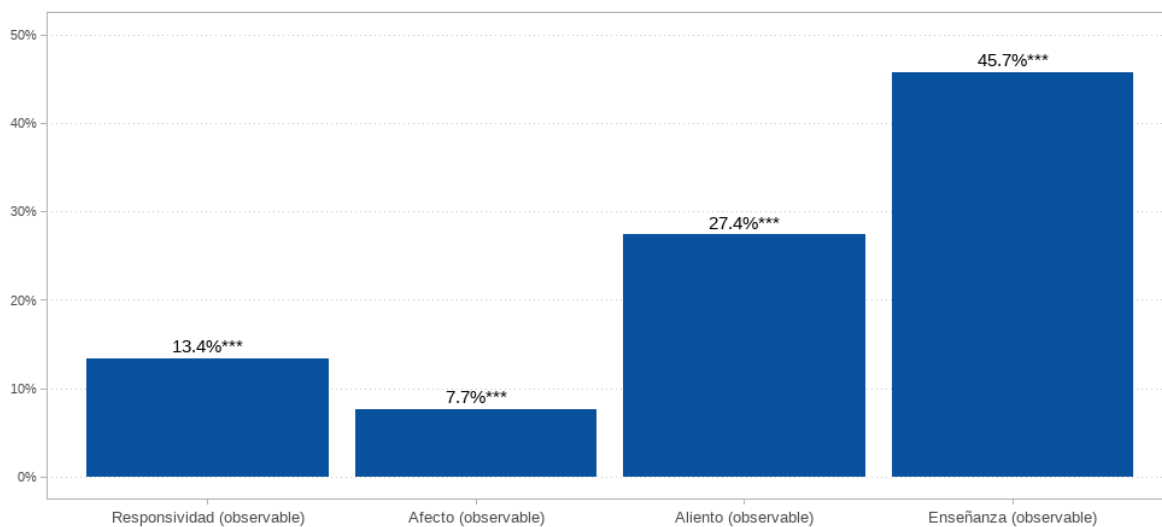
El alto nivel de adherencia al proyecto y la tasa de respuesta en la encuesta de línea final fueron indicadores de que el programa fue muy valioso para las familias. Además, el conjunto de datos recopilado por la Fundación "la Caixa" para sus actividades habituales permitió recuperar información de línea final para las familias con datos faltantes, lo que destacó los beneficios de los datos administrativos para mitigar problemas de evaluaciones aleatorizadas, como el abandono.

Los resultados de la evaluación del tratamiento indicaron una mejora en las habilidades parentales, como la responsividad, el afecto, el aliento y la educación, cuando fueron observadas por el personal profesional. Sin embargo, estos efectos se volvieron menos significativos y más pequeños al utilizar medidas autopercebidas de las mismas competencias parentales. Esto podría indicar la existencia de efectos de demanda, es decir, un cambio en el comportamiento en las familias o profesionales para tratar de confirmar la hipótesis que la persona evaluadora estaba tratando de probar.

Además, se observó una reducción en las vulnerabilidades económicas, de relación intrafamiliar y educativas para las familias en el grupo de tratamiento en comparación con las del grupo de control, destacando la efectividad potencial del programa en estas áreas. También se exploró si los efectos eran diferentes para aquellas familias con menores lactantes, y no se encontró evidencia de esto en los resultados principales.

La **Figura 9** y la **Figura 10** muestran 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.

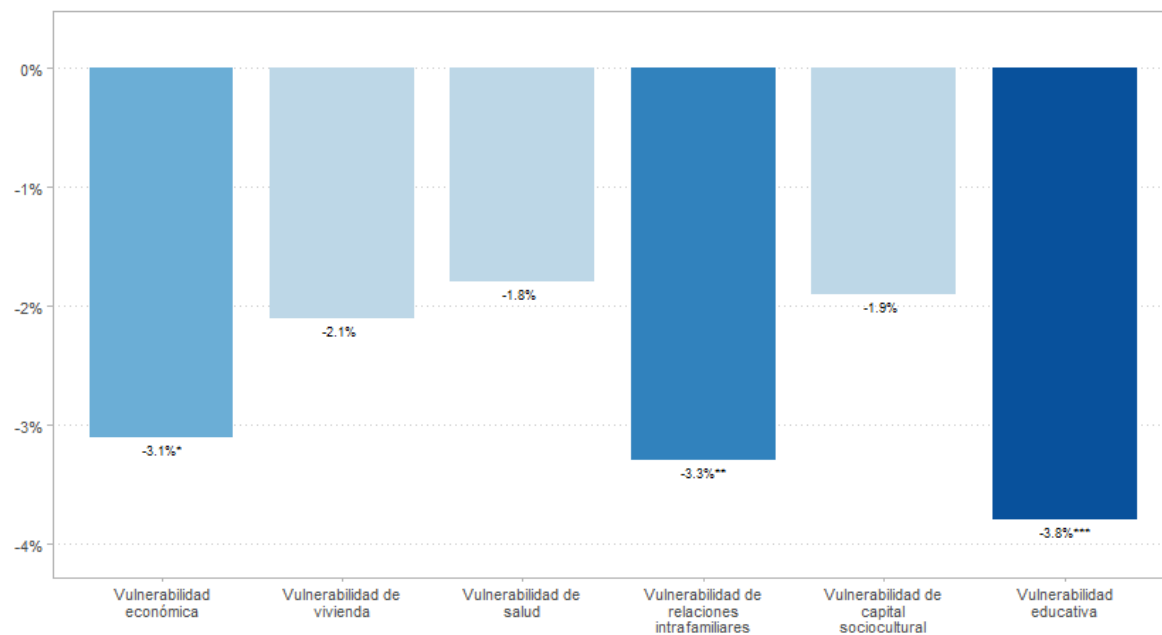
Figura 9: Efecto de la intervención en los indicadores principales



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.

Figura 10: 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.

En conclusión, este estudio mostró el potencial de los programas que promueven las competencias parentales para mejorar el desarrollo infantil temprano y el bienestar de las personas menores en familias vulnerables. Estos resultados pueden contribuir al desarrollo de políticas destinadas a reducir las desigualdades, la pobreza y la exclusión social, ya que programas como el evaluado ofrecen la primera oportunidad para influir en las trayectorias futuras de las personas menores.

Bibliografía

Alto Comisionado Contra la Pobreza Infantil. Inversión en familia e infancia en la Unión Europea. <https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/es/inversion-en-familia-e-infancia-en-la-union-europea-sobre-el-pib-2021>

Ayoub, M., & Bachir, M. (2023). A meta-analysis of the relations between socioeconomic status and parenting practices. *Psychological Reports*, 00332941231214215.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/00332941231214215>

Cañete-Massé, C., Cussó-Parcerisas, I., Longás Mayayo, J., Guàrdia-Olmos, J., Riera Romani, J. (s.f.). Developing a Social Vulnerability Scale for Families living in poverty: A Multi-dimensional Instrument for social assessment (en revisión)

Consejo de Europa. (s.f.). *Políticas para apoyar la parentalidad positiva*.

https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/familias/Parentalidad_Positiva/docs/TripticoParentalidadPositiva.pdf

Hoff, E., & Laursen, B. (2019). Socioeconomic status and parenting. In *Handbook of parenting* (pp. 421-447). Routledge.

<https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780429401459-13/socioeconomic-status-parenting-erika-hoff-brett-laursen>

Leijten, P., Raaijmakers, M. A., Orobio de Castro, B., van den Ban, E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the incredible years parenting program for families with socioeconomically disadvantaged and ethnic minority backgrounds.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374416.2015.1038823>

Määttä, S., Lehto, R., Nislin, M., Ray, C., Erkkola, M., Sajaniemi, N., & the DAGIS research group. (2015). Increased health and well-being in preschools (DAGIS): rationale and design for a randomized controlled trial. *BMC public health*, 15, 1-10.

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-015-1744-z>

Milligan, K., & Stabile, M. (2011). Do child tax benefits affect the well-being of children? Evidence from Canadian child benefit expansions. *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(3), 175-205.

<https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/pol.3.3.175>

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>

Plataforma de infancia España (2023). Análisis de la encuesta de condiciones de vida con enfoque de infancia 2023. Plataforma de infancia en España.

Recomendación (2006) 19 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la Parentalidad (Adoptada por el Comité de Ministros el 13 de diciembre de 2006 en la 983ª reunión de los Delegados de los Ministros).

Rodrigo López, M., Martín Quintana, J. C., Cabrera Casimiro, E., & Máiquez Chaves, M. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000200003

Roggman, L. A., Cook, G. A., Innocenti, M. S., Jump Norman, V., & Christiansen, K. (2013). Parenting interactions with children: Checklist of observations linked to outcomes (PICCOLO) in diverse ethnic groups. *Infant Mental Health Journal*, 34(4), 290-306.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.21389>

Vilaseca, R., Rivero, M., Bersabé, R.M., Navarro-Pardo, E., Cantero, M.J., Ferrer, F., Valls-Vidal, C. (2021). *Piccolo. Interacciones parentales con los/las niños/as. Lista de ítems de observación vinculados al desarrollo*. Universitat de Barcelona y Publicacions Universitat de València.

<https://www.edicions.ub.edu/ficha.aspx?cod=13918>

Weisleder, A., Cates, C. B., Dreyer, B. P., Berkule Johnson, S., Huberman, H. S., Seery, A. M., ... & Mendelsohn, A. L. (2016). Promotion of positive parenting and prevention of socioemotional disparities. *Pediatrics*, 137(2).

<https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/137/2/e20153239/52737/Promotion-of-Positive-Parenting-and-Prevention-of>

Apéndice

Marco temporal y agentes relevantes

1. Marco temporal de la intervención

La ejecución comenzó la semana del **6 de febrero 2023**, cuando se inició la intervención con los dos primeros Encuentros familiares 0-3, continuando la misma hasta la **segunda quincena de julio 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:

- **Fundación «La Caixa»**, entidad beneficiaria y coordinadora del proyecto.
- 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.
- Las **veinte entidades del Tercer Sector de Acción Social** que formaron parte de la red territorial «Caixaproinfancia» subcontratadas por Fundación «La Caixa» para la ejecución del piloto.

Nombre de la entidad	Comunidad Autónoma	Provincia
Asociación Arrabal AID.	Andalucía	Málaga
Prodiversa - Progreso y Diversidad.	Andalucía	Málaga
Asociación Entre Amigos de Sevilla	Andalucía	Sevilla
YMCA (Red Delicias).	Aragón	Zaragoza
Fundación Federico Ozanam.	Aragón	Zaragoza
Aldeas Infantiles SOS de España.	Canarias	Santa Cruz de Tenerife
Asociación Canaria Sociosanitaria Te Acompañamos.	Canarias	Las Palmas
Fundación Juan Soñador.	Castilla y León	Valladolid
ABD – Associació Benestar I Desenvolupament.	Cataluña	Barcelona
Fundació Carles Blanch.	Cataluña	Barcelona

Nombre de la entidad	Comunidad Autónoma	Provincia
Associació Casal Dels Infants .	Cataluña	Barcelona
Fundació de l'Esperança.	Cataluña	Barcelona
Fundació IDEA.	Cataluña	Barcelona
Asociación El Arca	Comunidad Valenciana	Valencia
Asociación De Desarrollo Comunitario Gazteleku.	País Vasco	Vizcaya
Asociación Yuna.	Comunidad de Madrid	Madrid
Redes Sociedad Cooperativa Madrileña.	Comunidad de Madrid	Madrid
Fundación Amigó.	Comunidad de Madrid	Madrid
Fundación CEPAIM.	Región de Murcia	Murcia
Caritas Diócesis Cartagena.	Región de Murcia	Murcia

- El **grupo de investigación consolidado PSITIC de la Universidad Ramón Llull**, subcontratado por Fundación «La Caixa» para el asesoramiento y apoyo científico en el proyecto.
- **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 de la muestra

La **Tabla 12** reporta los contrastes de equilibrio entre el grupo de control y el grupo de tratamiento. Todos los datos reflejados en esta tabla se refieren a la encuesta realizada antes de la intervención (línea de base). Se reporta el valor medio de cada variable para ambos grupos, así como el número de observaciones en cada grupo y el p-valor resultante de un contraste de diferencia de medias (utilizando el estadístico *t de Student*). Cuanto menor es el p-valor, con mayor confianza se puede rechazar la hipótesis de que la media de la variable en ambos grupos es igual. Por ejemplo, si el p-valor es menor que 0,05, se puede rechazar la hipótesis de igualdad de medias a un nivel de confianza del 5%. Si el p-valor es mayor que 0,10, entonces no se puede rechazar la hipótesis de igualdad de medias en ambos grupos.

Tabla 12: Equilibrio de muestra por grupos experimentales

Variable	(1) Control		(2) Tratamiento		(2)-(1) Pairwise t-test	
	N/Clusters	Media/(Var.)	N/Clusters	Media/(Var.)	N/Clusters	P-valor
Características sociodemográficas						
Número de menores en el programa (0-3)	474 40	1,13 (1,41)	474 40	1,12 (1,39)	948 40	0,65
1 menor en la familia	467 40	0,24 (2,17)	470 40	0,26 (2,34)	937 40	0,35
2 menores en la familia	467 40	0,28 (2,44)	470 40	0,29 (2,48)	937 40	0,89
3 o más menores en la familia	467 40	0,48 (2,99)	470 40	0,45 (2,98)	937 40	0,39
Proporción de niñas (0-3)	474 40	0,47 (2,83)	474 40	0,46 (2,88)	948 40	0,84
Edad media de las personas menores (0-3)	474 40	2,18 (9,45)	474 40	2,15 (9,99)	948 40	0,51
Menor lactante	474 40	0,32 (2,65)	474 40	0,33 (2,67)	948 40	0,43
Proporción de menores lactantes (0-3)	474 40	0,05 (0,57)	474 40	0,05 (0,51)	948 40	0,72
Familias biparentales	474 40	0,63 (2,84)	474 40	0,63 (2,82)	948 40	0,86
Familia extensa	474 40	0,00 (0,05)	474 40	0,01 (0,10)	948 40	0,43
Familia monoparental	474 40	0,35 (2,77)	474 40	0,35 (2,77)	948 40	0,93
Otros tipos de familia	474 40	0,01 (0,18)	474 40	0,01 (0,10)	948 40	0,38

Variable	(1) Control		(2) Tratamiento		(2)-(1) Pairwise t-test	
	N/Clusters	Media/(Var.)	N/Clusters	Media/(Var.)	N/Clusters	P-valor
Tutor/a 1 mujer	474	0,84	474	0,84	948	1,00
	40	(1,64)	40	(1,64)	40	
Tutor/a 2 mujer	237	0,29	250	0,30	487	0,90
	39	(1,29)	39	(1,37)	40	
Tutor/a 1 edad	474	34,20	474	34,66	948	0,35
	40	(793,63)	40	(728,11)	40	
Tutor/a 2 edad	237	36,78	250	37,84	487	0,12
	39	(394,55)	39	(466,09)	40	
Tutor/a 1 nacionalidad española	474	0,46	474	0,44	948	0,61
	40	(3,01)	40	(2,99)	40	
Tutor/a 2 nacionalidad española	237	0,38	250	0,37	487	0,72
	39	(1,48)	39	(1,54)	40	
Máximo de años de educación de los/las tutores/as	474	7,11	474	7,24	948	0,55
	40	(142,46)	40	(141,30)	40	
Un/a tutor/a empleado/a	474	0,37	474	0,40	948	0,19
	40	(2,82)	40	(2,92)	40	
Tutor/a 1 trabajo temporal	474	0,13	474	0,14	948	0,61
	40	(1,34)	40	(1,46)	40	
Tutor/a 1 trabajo permanente	474	0,06	474	0,09	948	0,14
	40	(0,72)	40	(1,02)	40	
Tutor/a 1 desempleado/a con transferencia pública	474	0,25	474	0,26	948	0,63
	40	(2,29)	40	(2,36)	40	
Tutor/a 1 desempleado/a sin transferencia pública	474	0,51	474	0,45	948	0,08*
	40	(3,04)	40	(3,01)	40	
Tutor/a 1 trabajo ocasional	474	0,01	474	0,03	948	0,40
	40	(0,18)	40	(0,30)	40	
Tutor/a 1 otros estados de trabajo	474	0,04	474	0,03	948	0,19
	40	(0,42)	40	(0,30)	40	
Tutor/a 2 trabajo temporal	237	0,26	250	0,20	487	0,13
	39	(1,19)	39	(1,05)	40	
Tutor/a 2 trabajo permanente	237	0,10	250	0,09	487	0,82
	39	(0,55)	39	(0,55)	40	
Tutor/a 2 desempleado/a con transferencias públicas	237	0,18	250	0,17	487	0,75
	39	(0,93)	39	(0,94)	40	

Variable	(1) Control		(2) Tratamiento		(2)-(1) Pairwise t-test	
	N/Clusters	Media/(Var.)	N/Clusters	Media/(Var.)	N/Clusters	P-valor
Tutor/a 2 desempleado/a sin transferencias públicas	237 39	0,39 (1,48)	250 39	0,44 (1,62)	487 40	0,21
Tutor/a 2 trabajo ocasional	237 39	0,03 (0,15)	250 39	0,05 (0,32)	487 40	0,11
Tutor/a 2 otros estados de trabajo	237 39	0,05 (0,30)	250 39	0,04 (0,28)	487 40	0,68
Otros cursos de FLC atendidos	474 40	2,41 (94,54)	474 40	2,56 (119,56)	948 40	0,44
Resultados						
Indicador de adaptabilidad inicial	461 40	0,01 (11,66)	454 40	-0,01 (11,78)	915 40	0,75
Indicador de afecto inicial	461 40	-0,03 (12,20)	454 40	0,03 (11,22)	915 40	0,45
Indicador de aliento inicial	461 40	0,02 (11,30)	454 40	-0,02 (12,12)	915 40	0,55
Indicador de educación inicial	461 40	0,00 (11,35)	454 40	-0,00 (12,08)	915 40	0,90
Indicador de adaptabilidad inicial autorreportado	458 40	0,01 (11,70)	447 40	-0,01 (11,48)	905 40	0,70
Indicador de afecto inicial autorreportado	458 40	0,05 (10,21)	447 40	-0,06 (12,90)	905 40	0,14
Indicador de aliento inicial autorreportado	458 40	0,04 (10,06)	447 40	-0,04 (13,09)	905 40	0,27
Indicador de educación inicial autorreportado	458 40	0,03 (9,69)	447 40	-0,03 (13,47)	905 40	0,32
Vulnerabilidad económica inicial	471 40	103,22 (2618,08)	470 40	103,56 (2609,56)	941 40	0,76
Vulnerabilidad de vivienda inicial	471 40	103,86 (2636,06)	470 40	104,78 (2816,04)	941 40	0,34
Vulnerabilidad de salud inicial	471 40	104,54 (2229,15)	470 40	104,42 (2364,37)	941 40	0,89
Vulnerabilidad de relaciones intrafamiliares inicial	471 40	103,03 (2560,99)	470 40	103,60 (1931,55)	941 40	0,36
Vulnerabilidad de capital sociocultural inicial	471 40	104,64 (2362,78)	470 40	105,77 (2004,08)	941 40	0,09*

Variable	(1) Control		(2) Tratamiento		(2)-(1) Pairwise t-test	
	N/Clusters	Media/(Var.)	N/Clusters	Media/(Var.)	N/Clusters	P-valor
Vulnerabilidad educativa inicial	471	101,78	470	03,46	941	0,01***
	40	(1903,35)	40	(1726,65)	40	

La columna (1) y (2) muestran el tamaño de la muestra y la media y varianza de las covariables sociodemográficas medidas al inicio del estudio en los dos grupos (control y tratamiento). La columna (3) contiene los resultados del test de comparación de medias: el tamaño total de la muestra y el p-valor asociado con el test. Los errores estándar están agrupados a nivel de estrato. Significancia: ***=.01, **=.05, *=.1.

Resultados sobre la utilización y valoración de los conocimientos y recursos adquiridos

Las familias clasificaron su satisfacción o la utilidad de los diferentes bienes y servicios que les proporcionaron en una escala de 0 a 4, donde: 0 (nada), 1 (poco), 2 (suficiente), 3 (bastante), 4 (mucho). En el caso de la satisfacción con los talleres, solo se les preguntó a las familias del grupo de tratamiento, ya que las del grupo de control no recibieron dicha intervención. La **Tabla 13** muestra que, en promedio, la satisfacción general estuvo por encima de 3,5 (bastante), siendo los programas de bienes y acompañamiento social los más valorados. La utilidad del vale (Pasaporte de 0-3) fue una excepción, con un valor promedio considerablemente más bajo de 1,31 (poco-suficiente). En general, las familias en el grupo de tratamiento parecían estar más satisfechas con las intervenciones que las del grupo de control. En particular, su satisfacción general fue (estadísticamente) significativamente más alta, así como la satisfacción con el acompañamiento social y el valor que atribuían a las relaciones con otras personas tutoras a través de las actividades, las relaciones con las personas trabajadoras sociales, el aprendizaje de la paternidad/maternidad y el aprendizaje de la relación progenitor/-menor.

Tabla 13: Diferencias en la satisfacción con los productos y servicios recibidos después de la intervención

Variable	(1) Control		(2) Tratamiento		(2)-(1) Pairwise t-test	
	N/Clusters	Media/(Var)	N/Clusters	Media/(Var)	N/Clusters	P-valor
Utilidad de los bienes	453	3,81	430	3,77	883	0,41
	40	-3,05	40	-3,31	40	
Utilidad del "voucher" 0-3	453	1,31	430	1,31	883	0,98
	40	-37,35	40	-35,01	40	
Satisfacción con el acompañamiento social	453	3,74	430	3,79	883	0,07*
	40	-3,03	40	-2,17	40	
Satisfacción con las reuniones	453	3,74	430	3,75	883	0,89
	40	-2,79	40	-3,32	40	
Satisfacción general	453	3,67	430	3,77	883	0,05**
	40	-4,97	40	-2,55	40	

Variable	(1) Control		(2) Tratamiento		(2)-(1) Pairwise t-test	
	N/Clusters	Media/(Var)	N/Clusters	Media/(Var)	N/Clusters	P-valor
Valor de la relación con otros padres	453	3,5	430	3,75	883	0,00***
	40	-6,24	40	-2,48	40	
Valor de la relación con los trabajadores sociales	453	3,71	430	3,8	883	0,02**
	40	-3,68	40	-2,17	40	
Valor del aprendizaje parental	453	3,49	430	3,7	883	0,00***
	40	-5,21	40	-3,39	40	
Valor del aprendizaje progenitor-menor	453	3,68	430	3,77	883	0,03**
	40	-3,97	40	-2,86	40	

Las columnas (1) y (2) muestran el tamaño de la muestra, la media y la varianza de las covariables sociodemográficas medidas al inicio por grupos de intervención. La columna (3) contiene los resultados de la prueba de comparación de medias: el tamaño de muestra total y el p-valor asociado con la prueba. Los errores estándar están agrupados a nivel de estrato. Significancia: *** = .01, ** = .05, * = .1.

