

# 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

*Abril 2024*



Este informe ha sido realizado por la Secretaría General de Inclusión del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el marco del Laboratorio de Políticas de Inclusión, como parte del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR), con financiación de los fondos Next Generation EU. 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 es una de las que implementan los proyectos piloto, y ha colaborado con la SGI para el diseño de la metodología RCT, participando activamente en la provisión de la información necesaria para el diseño, seguimiento y evaluación del itinerario de inclusión social. Asimismo, su colaboración ha sido esencial para recabar los consentimientos informados, garantizando que los participantes en el itinerario han sido adecuadamente informados y que su participación ha sido voluntaria.

En la realización de este estudio ha colaborado de manera sustancial el equipo de investigadores coordinados por el CEMFI (Centro de Estudios Monetarios y Financieros). 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. Los/as investigadores/as han 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 ha sido un componente vital en los esfuerzos de la Secretaría General de Inclusión por mejorar la inclusión social en España. Su equipo ha proporcionado apoyo técnico y compartido 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. Los investigadores se reservan 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. Los investigadores se comprometen a seguir explorando y proporcionando resultados más precisos y actualizados para el beneficio de la comunidad científica y la sociedad en general.

## Índice

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>1</b>
<b>1 INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>2 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y SU CONTEXTO</b> .....	<b>12</b>
2.1 INTRODUCCIÓN.....	12
2.2 POBLACIÓN OBJETIVO Y ÁMBITO TERRITORIAL .....	13
2.3. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES .....	14
<b>3 DISEÑO DE LA EVALUACIÓN</b> .....	<b>16</b>
3.1 TEORÍA DEL CAMBIO.....	16
3.2 HIPÓTESIS .....	18
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN .....	20
3.4 INDICADORES .....	21
3.5 DISEÑO DEL EXPERIMENTO .....	22
<b>4 DESCRIPCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN</b> .....	<b>26</b>
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	26
4.2 RESULTADOS DE LA ASIGNACIÓN ALEATORIA .....	32
4.3 GRADO PARTICIPACIÓN Y DESGASTE POR GRUPOS .....	36
<b>5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN</b> .....	<b>40</b>
5.1 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ECONÓMICO: REGRESIONES ESTIMADAS.....	40
5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	41
<b>6 CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN</b> .....	<b>45</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>48</b>
<b>APÉNDICE</b> .....	<b>50</b>
GESTIÓN ECONÓMICA Y NORMATIVA .....	50
EQUILIBRIO DE LA MUESTRA.....	54
RESULTADOS SOBRE LA UTILIZACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y RECURSOS ADQUIRIDOS .....	59

## Resumen ejecutivo

- El **Ingreso Mínimo Vital**, 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) impulsa una estrategia para el fomento de la inclusión mediante proyectos piloto de innovación social, que se vehicula en el **Laboratorio de Políticas de Inclusión**. Estos proyectos se evalúan conforme a los estándares de rigor científico y usando la metodología de **ensayos controlados aleatorizados** (Randomized Control Trials, en inglés).
- El presente 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 ha sido llevado 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** recibe 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** recibe 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 tienen un/a menor en el itinerario (0-3) con una edad promedio de dos años, y casi la mitad de ellos son niñas (46%). Además, el 32% de las familias tienen al menos un/a menor lactante, y solo el 5% de los/as menores entre 0 y 3 años van a la escuela. El 46% de las familias tienen 3 o más hijos/as menores de 18 años, mientras que el 29% de ellas tienen dos y el 25% tienen uno/a. Más de la mitad de las familias son biparentales (65%), mientras que el 35% son familias monoparentales.
- Asimismo, las responsabilidades principales de cuidado recaen en las mujeres, ya que el 84% de los/as tutores/as principales son mujeres. Los/as tutores/as tienen, en promedio, entre 34 y 37 años y el 38-45% tienen nacionalidad española. En promedio, el número máximo de años de educación de los/as tutores/as es de 7, y solo el 38% de las familias tiene al menos un/a tutor/a empleado/a. El 74% de los/as tutores/as principales están desempleados/as, y de los/as empleados/as, solo el 8% tiene un trabajo permanente. En el caso del/de la segundo/a tutor/a titular del menor, la proporción de desempleados/as es menor, el 59%, pero un porcentaje igualmente bajo (9%) tiene un trabajo permanente.
- El grado de seguimiento de los participantes del grupo de tratamiento en los talleres familiares fue alto, puesto que el 79% asistió al menos a las tres cuartas partes de las actividades.
- Los principales resultados de la evaluación son los siguientes:

- **Mejora de las competencias parentales** observadas y reportadas por los **profesionales del servicio**: la intervención aumenta los índices objetivos de competencias (responsividad, afecto, aliento y educación) en aproximadamente la mitad de una desviación estándar.
- **Mejora de las competencias parentales autorreportadas** por las propias familias: el índice relativo al aliento indica que las familias en el grupo de tratamiento muestran un índice 0,15 desviaciones estándar más alto que las familias en el grupo de control. Asimismo, las familias en el grupo de tratamiento reportan un índice de afecto 0,13 desviaciones estándar más alto que las familias en el grupo de control.
- **Mejora de la vulnerabilidad económica, intrafamiliar y educativa**: la vulnerabilidad económica disminuye 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%.
- Los resultados indican una mejora de los indicadores de vulnerabilidad del grupo de tratamiento en materia de vivienda, salud y capital sociocultural que no es estadísticamente significativa.

# 1 Introducción

## Marco Normativo General

El Ingreso Mínimo Vital (IMV), regulado por la Ley 19/2021<sup>1</sup>, 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, junto con el apoyo de las comunidades autónomas, el Tercer Sector de Acción Social y las corporaciones locales<sup>2</sup>. 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.

En el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR)<sup>3</sup>, la Secretaría General de Inclusión (SGI) del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM) participa de forma relevante en el Componente 23 «Nuevas políticas públicas para un mercado de trabajo dinámico, resiliente e inclusivo», encuadrado en el área política VIII «Nueva economía de los cuidados y políticas de empleo».

Entre las reformas e inversiones propuestas en este Componente 23 se incluye la inversión 7 «Fomento del Crecimiento Inclusivo mediante la vinculación de las políticas de inclusión sociolaboral al Ingreso Mínimo Vital», que promueve la implantación de un nuevo modelo de inclusión a partir del ingreso mínimo vital (IMV), que reduzca la desigualdad de la renta y las tasas de pobreza. Por lo tanto, 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 decide pilotar diferentes programas e intervenciones con el fin de evaluarlas y generar conocimiento que permitan priorizar ciertas acciones. Con el apoyo de la inversión 7 enmarcada en el componente 23, el MISSM establece un nuevo marco

---

<sup>1</sup> Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital (BOE-A-2021-21007).

<sup>2</sup> Artículo 31.1 de la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital.

<sup>3</sup> El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia hace referencia al Plan de Recuperación para Europa, que fue diseñado por la Unión Europea en respuesta a la crisis económica y social desencadenada por la pandemia de COVID-19. Este plan, también conocido como NextGenerationEU, establece un marco para la asignación de fondos de recuperación y para impulsar la transformación y resiliencia de las economías de los países miembros.

de proyectos piloto de itinerarios de inclusión constituido en dos fases, a través de dos reales decretos que abarcan un conjunto de proyectos piloto basados en la experimentación y evaluación:

- **Fase I: Real Decreto 938/2021**<sup>4</sup>, a través del cual se conceden subvenciones para la ejecución de 16 proyectos piloto de itinerarios de inclusión correspondientes a comunidades autónomas, entidades locales y entidades del Tercer Sector de Acción Social. Este real decreto contribuyó al cumplimiento del hito número 350<sup>5</sup> y al indicador de seguimiento 351.1<sup>6</sup> del PRTR.
- **Fase II: Real Decreto 378/2022**<sup>7</sup>, por el cual se conceden subvenciones para un total de 18 proyectos piloto de itinerarios de inclusión ejecutados por comunidades autónomas, entidades locales y entidades del Tercer Sector de Acción Social. Este real decreto contribuyó, junto con el anterior, al cumplimiento del indicador de seguimiento número 351.1 del PRTR.

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 Control 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 socio laboral o el bienestar de los beneficiarios.

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 nos permite analizar el efecto de esta medida, lo que ayuda a determinar si la política es adecuada para alcanzar los objetivos de política pública planeados. Las evaluaciones experimentales nos permiten obtener resultados del efecto de la intervención rigurosos,

---

<sup>4</sup> Real Decreto 938/2021, de 26 de octubre, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el ámbito de inclusión social, por un importe de 109.787.404 euros, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (BOE-A-2021-17464).

<sup>5</sup> Hito 350 del PRTR: «Mejorar la tasa de acceso del Ingreso Mínimo Vital, e incrementar la efectividad del IMV a través de políticas de inclusión, que, de acuerdo con su descripción, se traducirá en apoyar la inclusión socioeconómica de los beneficiarios de la IMV a través de itinerarios: ocho convenios de colaboración firmados con administraciones públicas subnacionales, interlocutores sociales y entidades de acción social del tercer sector para realizar los itinerarios. Estos acuerdos de asociación tienen como objetivos: i) mejorar la tasa de acceso del IMV; ii) incrementar la efectividad de la IMV a través de políticas de inclusión».

<sup>6</sup> Indicador de seguimiento 351.1 del PRTR: «al menos 10 convenios de colaboración adicionales firmados con administraciones públicas subnacionales, interlocutores sociales y entidades de acción social del tercer sector para llevar a cabo los proyectos piloto de apoyo a la inclusión socioeconómica de los beneficiarios de la IMV a través de itinerarios».

<sup>7</sup> Real Decreto 378/2022, de 17 de mayo, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el ámbito de la inclusión social, por un importe de 102.036.066 euros, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (BOE-A-2022-8124).

es decir, qué cambios han experimentado en sus vidas los participantes debidos 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 ha beneficiado más de las intervenciones, si estas tienen efectos indirectos o no esperados, y qué componentes de la intervención funcionan y cuáles no.

Estas evaluaciones se han enfocado en el fomento a la inclusión socio laboral en los beneficiarios del IMV, perceptores de rentas mínimas autonómicas y en otros colectivos vulnerables. De esta manera, se establece un diseño y una evaluación de impacto de políticas de inclusión orientadas a resultados, que ofrecen evidencia para la toma de decisiones y su potencial aplicación en el resto de los territorios. El impulso y coordinación de 32 proyectos piloto desde el Gobierno de España ha dado lugar a la constitución de un laboratorio de innovación en políticas públicas de referencia a nivel mundial que denominamos el *Laboratorio de Políticas de Inclusión*.

Para la puesta en marcha y desarrollo del *Laboratorio de Políticas de Inclusión*, la Secretaría General de Inclusión ha establecido un marco de gobernanza que ha permitido establecer una metodología clara y potencialmente escalable para el diseño futuras evaluaciones y el fomento de la toma de decisiones en base a evidencia empírica. La Administración General del Estado ha tenido 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 han implementado los programas, colaborando estrechamente en todas sus facetas incluida la evaluación y seguimiento. Además, el Ministerio ha contado con el apoyo académico y científico del Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL) Europa y del Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI), como socios estratégicos para asegurar el rigor científico en las evaluaciones. Asimismo, el *Laboratorio de Políticas de Inclusión* cuenta con un Comité Ético<sup>8</sup>, que ha velado 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 piloto: “Espacios Infantiles: 0-3. Proyecto de Apoyo a la Primera Infancia para Familias en Situación de Vulnerabilidad”, ejecutado en el marco del Real Decreto 378/2022<sup>9</sup> por la Fundación “la Caixa”. Este informe contribuye al cumplimiento del hito 351 del PRTR “Tras la finalización de al menos 18 proyectos piloto publicación de una evaluación sobre la cobertura, efectividad y éxito del IMV, incluyendo recomendaciones para aumentar el nivel de solicitud y mejorar la efectividad de las políticas de inclusión social”.

---

<sup>8</sup> 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, con fecha de 07/06/2023 emitió un informe favorable para la realización del proyecto objeto del informe.

<sup>9</sup> Con fecha 8 de septiembre de 2022, se suscribe Convenio entre la Administración General del Estado, a través de la SGI y la Fundación La Caixa para la realización de un proyecto para la inclusión social en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, que fue publicado en el «Boletín Oficial del Estado» con fecha 17 de septiembre de 2022 (BOE núm.224).



## 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.

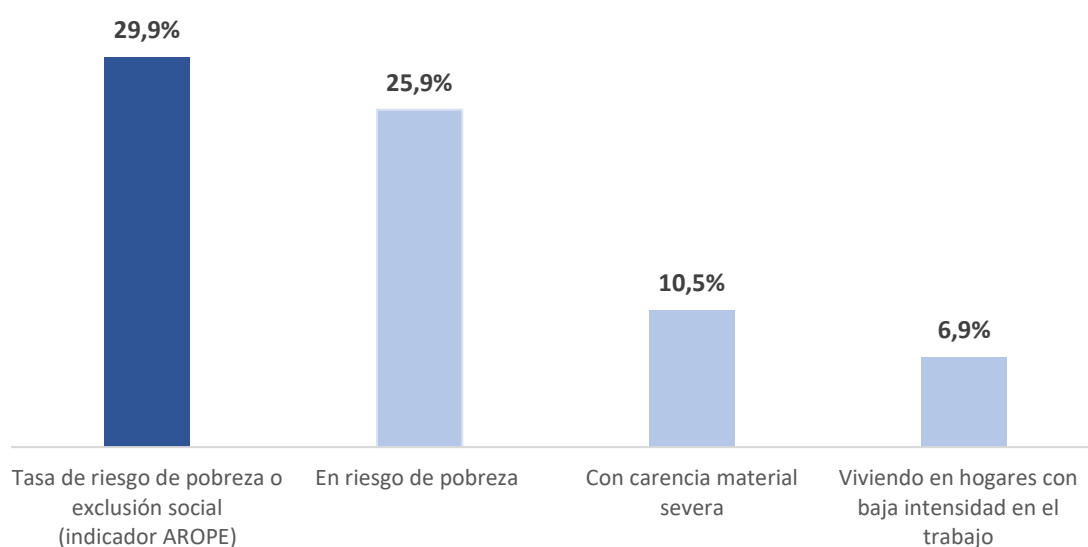
En este contexto, la parentalidad positiva conforma un enfoque específico de estructurar y modelar las relaciones padres y madres e hijos e hijas. En particular, la parentalidad positiva se refiere al comportamiento de los padres y madres fundamentado en el interés superior del y de la menor, que cuida, desarrolla sus capacidades y ofrece reconocimiento y orientación, y que incluye el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del menor (Recomendación 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/as atención, estructura y orientación, reconocimiento, potenciación, educación sin violencia, siendo respetuosos con el interés superior del niño/a y sus derechos (Consejo de Europa, s.f.). Este proyecto se focaliza especialmente en evaluar el ejercicio continuo y constante de habilidades y competencias relacionadas con el afecto, el aliento o ánimo, la responsividad 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 los y las menores (psicólogos/as, orientadores/as sociales, 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 resulta imprescindible destacar el grado de exclusión social y económica del colectivo objeto de este informe: familias con niños y niñas 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 los niños y niñas entre 0 y 3 años vivieron en hogares considerados en riesgo de pobreza o exclusión social (indicador AROPE<sup>10</sup>). 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 los niños y niñas 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%).

**Figura 1: Riesgo de pobreza o exclusión social (Indicador AROPE) de niños y niñas entre 0 y 3 años (2022)**



Fuente: Encuesta de condiciones de vida en España en 2022 del INE (instituto Nacional de Estadística). Datos elaborados por la Plataforma de la Infancia<sup>11</sup>.

En consecuencia, dada la situación socioeconómica de los y las menores entre 0 y 3 años en España, el proyecto descrito en este informe aborda una problemática clave para el devenir educativo de estos niños/as. 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.

<sup>10</sup> 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).

<sup>11</sup> [https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2023/07/INFORME-PLATAFORMA-INFANCIA-ECV-2023\\_ed03-1.pdf](https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2023/07/INFORME-PLATAFORMA-INFANCIA-ECV-2023_ed03-1.pdf)

### 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:** 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 del/de la menor. 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:** cuyo objetivo es la modificación del cuerpo legislativo dedicado a la 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 del/de la 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 los niños y niñas 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 niños y niñas y familias en situación socioeconómica vulnerable.
- **Pilar Europeo Derechos Sociales:** busca apoyar y garantizar el derecho de los niños y niñas 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 los niños y niñas 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 los niños y niñas 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 está 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 los y las menores, la Fundación “la Caixa” propone 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 presenta 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 mensual (CAPI) diseñado para complementar el IMV en aquellas familias con menores de 3 años.

El objetivo científico del proyecto es 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 pretende 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 incluye los siguientes actores:

- La **Fundación “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 encuentra 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/as 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. Actualmente está presente en 145 municipios y cuenta con el trabajo de más de 400 entidades prestadoras sociales, organizadas en 194 redes atendiendo solo en el año 2023 a más de 65.000 NNA en España y Portugal. En consecuencia, la destacada experiencia de la Fundación “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, avalan su idoneidad como socio para la ejecución de este proyecto. Así pues, en el marco de este programa, la Fundación “la Caixa” es 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 propia Fundación “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. Son todas participantes del programa CaixaProinfancia y están, por lo tanto, vinculadas jurídicamente en el marco de este programa con la Fundación “la Caixa”. El principal rol de estas entidades es la ejecución de las diferentes intervenciones que se llevan 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 Fundación “la Caixa” y las entidades participantes sin ánimo de lucro miembros del programa CaixaProinfancia, están involucrados **otros actores** como las mesas territoriales de infancia, servicios sociales o centros educativos. Todos ellos contribuyen en el proceso de reclutamiento de las familias participantes.

- El **Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM)**, como financiador del proyecto y responsable de la evaluación RCT. Por ello, la Secretaría General de Inclusión asume una serie de compromisos con la Fundación “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 los potenciales participantes del proyecto piloto.
  - Diseñar la metodología de ensayo controlado aleatorizado (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 apoyan 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 quiere resolver, las intervenciones concretas asociadas a al grupo de tratamiento y control, y el público objetivo al que se

dirige la intervención. El objetivo es presentar un diagnóstico de la problemática asociada con la falta de competencias parentales en ambientes socioeconómicamente vulnerables de forma que se justifica la necesaria implementación y evaluación de esta 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 relativo a la gestión económica y normativa del proyecto 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, los investigadores y trabajadores asociados 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) y sus tres principios éticos fundamentales – respeto a las personas, beneficio y justicia- 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 los participantes en el desarrollo de los itinerarios de inclusión social y velar porque se garantice su dignidad y el respeto a su autonomía e intimidad, [la Orden ISM/208/2022 de 10 de marzo](#) crea 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 compone 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 ha llevado a cabo el análisis y asesoramiento de las cuestiones de carácter ético que hayan surgido en la ejecución, desarrollo y evaluación de los itinerarios, formulado propuestas en aquellos casos que presenten conflictos de valores, y aprobado los planes de evaluación de todos los itinerarios. En particular, el Comité de 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, y se desarrolla la intervención en detalle.

### 2.1 Introducción

Este proyecto piloto evalúa un modelo de talleres familiares desarrollado en los “Espacios Infantiles: 0-3” que buscan mejorar las competencias parentales desde el enfoque de la parentalidad y positiva en familias socioeconómicamente vulnerables. De esta manera, mediante la transferencia de conocimientos relacionados con la parentalidad positiva en los talleres familiares de los “Espacios Infantiles: 0-3”, se pretende 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 responsividad 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 los 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 niños y niñas, obteniendo beneficios importantes sobre la salud física y mental de los niños y niñas 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” (Escocia), “Positive Parenting Programme” (Escocia) y la intervención “Preparing for Life” (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 los 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 del y de la 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 los y las 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 los y las menores.

El programa "Espacios Infantiles: 0-3" emerge 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 abarca dichas habilidades, sino que también se analiza el impacto de los mencionados talleres en otros indicadores de naturaleza socioeconómica y relacionales.

## 2.2 Población objetivo y ámbito territorial

La población objetivo son 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 conforman familias con una renta inferior al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM)<sup>12</sup>.

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

---

<sup>12</sup> 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.



- Madres primerizas y, con frecuencia, muy jóvenes.
- Familias monoparentales (principalmente “monomarentales”).
- Familias con más hijos/as en los que se manifiestan limitaciones para el cuidado.
- Familias inmigrantes y, 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 del hijo/a.

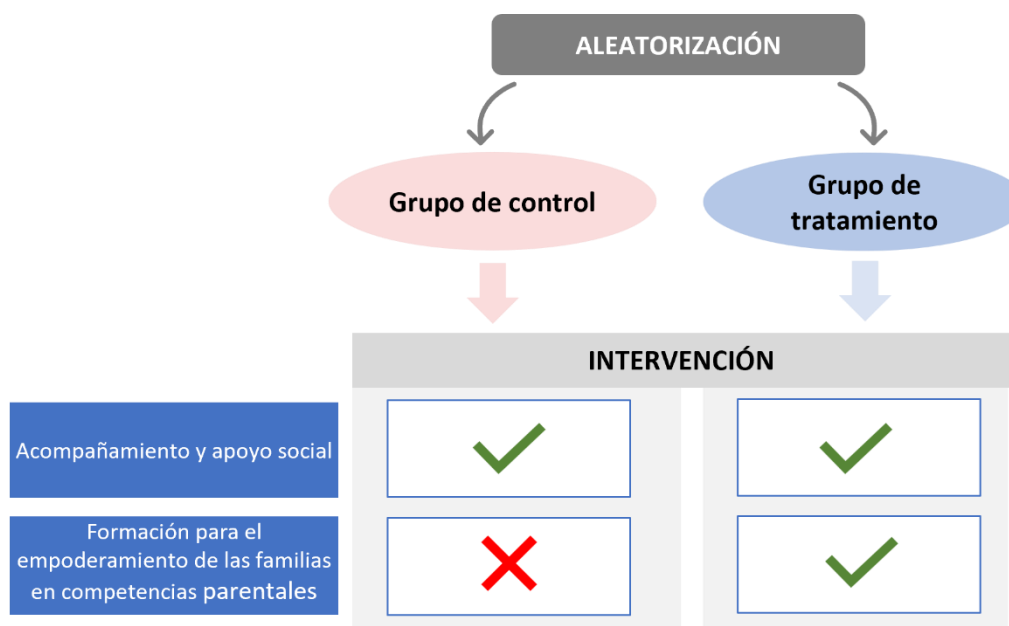
El proyecto piloto se desarrolla en las siguientes 9 Comunidades Autónomas: Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, Comunidad de Madrid y Región de Murcia.

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 están enmarcadas en un modelo global de acompañamiento socioeconómico, laboral y educativo implementadas por las entidades participantes y miembros del programa CaixaProinfancia mencionados en el apartado anterior. Así, las actividades de este proyecto se apoyan 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 ha diseñado siguiendo la metodología de RCTs, con un grupo de control y un grupo de tratamiento. Las actividades relacionadas con el acompañamiento social se dirigen tanto al grupo de control como al grupo de tratamiento. En cambio, la formación para el empoderamiento de las familias está dirigida únicamente a las familias que conforman el grupo de tratamiento. La **Figura 2** resume el esquema de intervención seguido:

Figura 2: Esquema de intervención



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 lleva a cabo por un tándem de profesionales formados expresamente (trabajador/a social y educador/a infantil) mediante una asignación de tiempo por familia de 15 horas durante la intervención. Este acompañamiento está constituido por las siguientes herramientas o recursos:

- **Pasaporte 0-3:** todas las familias que acceden al programa disponen de un pasaporte como herramienta de trabajo. Para ellas, esta herramienta supone una especie de “libro de viaje” que hace las funciones de “contrato pedagógico”, acumulando logros y explicitando la ruta a seguir. De esta manera, la herramienta manejada por el profesional de trabajo social busca 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 disponen 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 distribuye en tres tramos de 300 euros por familia y persigue reforzar el compromiso de las familias y apoyar la acción social del itinerario.
- **Apoyo a la inserción:** se ofrece 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 busca favorecer la inclusión de personas jóvenes que empiezan su responsabilidad parental y tienen por delante mucho tiempo de paternidad-maternidad activa.

- **Bonus 0-3:** este recurso da derecho a asistencia puntual al “Espacio Infantil 0-3” para dejar al menor a cargo unas horas en el “servicio canguro” y resolver algunas necesidades de conciliación. Particularmente, el acompañamiento social a familias se ve beneficiado de este recurso al facilitar la asistencia a programas de formación intensivos. Así, se conceden 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:** consiste 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 organiza 12 grupos de familias (6 con el grupo de tratamiento y 6 con el grupo de control), que participan 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 materializa en la realización de los talleres familiares desarrollados en los “**Espacios Infantiles: 0-3**” dirigidos exclusivamente al grupo de tratamiento. Concretamente, se forman subgrupos dentro del grupo de tratamiento constituidos, aproximadamente, por entre 6 y 8 familias que acuden a un taller formativo. Este taller tiene una duración de 80 horas para cada subgrupo de familias, distribuido en 2 sesiones semanales durante 16 semanas. Las actividades del taller se desarrollan en base a una formación práctica aplicada a partir de la estancia conjunta de padres/madres e hijos/as con el/la profesional del “Espacio Infantil: 0-3” y otras familias. Así, la formación se focaliza específicamente en el conocimiento del hijo/a, 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 identifica los mecanismos y los aspectos a medir, las hipótesis que se van a contrastar en la evaluación, las fuentes de información para construir los indicadores, los indicadores y el diseño del experimento.

### 3.1 Teoría del cambio

Con el objetivo de diseñar una evaluación que permita entender la relación causal entre la intervención y el objetivo final de la misma, se empieza 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 refuerza 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 impulsa 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 promueve una serie de acciones insertas en un programa de desarrollo de habilidades emocionales y estrategias educativas para el cuidado del y de la menor. De esta manera, este programa se posiciona como el productivo principal al que están expuestos los y las participantes del grupo de tratamiento.

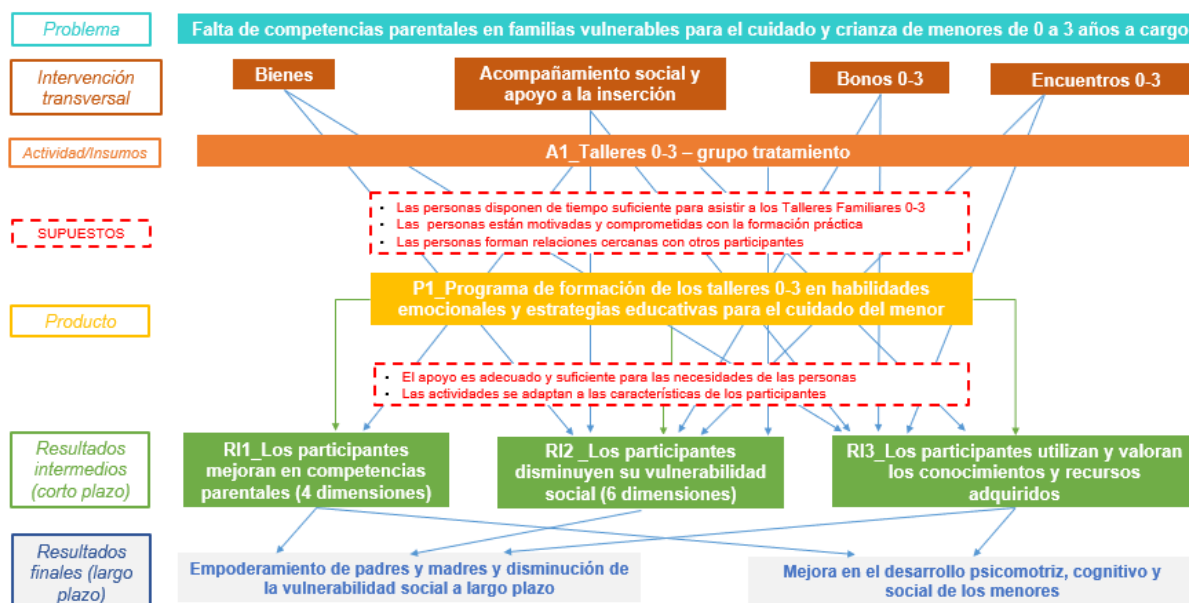
Se espera que dicho programa de formación tenga un impacto directo en la mejora de las competencias parentales de los y las participantes, en la disminución de la vulnerabilidad social de las familias y en el propio uso y valoración de los conocimientos y recursos adquiridos durante el desarrollo de 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 espera que la formación en cierto tipo de habilidades emocionales y educativas acabe 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 prevé que esta mejora en habilidades parentales, disminución de la vulnerabilidad social e impulso del uso y valoración de los conocimientos adquiridos durante la formación tengan un efecto directo en resultados finales definidos en dos vertientes de la vida de los participantes: empoderamiento de padres y madres y disminución de la vulnerabilidad social a largo plazo, mejora en el desarrollo psicomotriz cognitivo y social de los menores.

Por último, es importante mencionar que esta cadena de impactos reseñada en esta sección está sujeta a una serie de supuestos que inciden 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 del menor tengan un impacto en la mejora de las competencias parentales y en la reducción de la vulnerabilidad social, las actividades específicas que se realicen en el desarrollo de estos programas han de estar adaptadas a las características y necesidades de los propios 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 los participantes.

Figura 3: Teoría del Cambio



### 3.2 Hipótesis

Tal y como se ha detallado en la sección anterior, este itinerario busca 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 presupone 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 abarca ámbitos de incidencia de diferente índole. Así, este enfoque multidimensional permite analizar el impacto del itinerario en aspectos laborales, educativos y socioeconómicos de los beneficiarios 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 postula que el desarrollo de los programas de formación aplicados en los talleres familiares de los “Espacios Infantiles: 0-3” mejorará las competencias parentales de los y las participantes en el grupo de tratamiento. Las competencias parentales vinculadas con comportamientos positivos y habilidades emocionales se clasifican en cuatro tipos: relacionadas con acciones de responsividad, aliento, afecto, y educación. La hipótesis principal se basa en las mediciones de estas competencias de forma observacional por los profesionales del proyecto.

Asimismo, de forma complementaria, la hipótesis secundaria en este ámbito de análisis postula la mejora de competencias parentales autopercibidas y autorreportadas por los 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 postula que la participación en los talleres familiares en los “Espacios Infantiles: 0-3” disminuye la vulnerabilidad social de las familias beneficiarias de la formación impartida, comparadas con las familias del control. En particular, la vulnerabilidad social familiar se mide en varias dimensiones de incidencia en la vida familiar, entre las que se incluyen: 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 estudiará la valoración de los conocimientos y recursos adquiridos por los participantes de cada grupo, con el objetivo de evaluar si hay diferencias entre ellos.

Los resultados de esta evaluación se incluirán 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 recurre a las siguientes fuentes de información.

En primer lugar, los datos básicos identificativos y de carácter sociodemográfico y económico de las familias se recogen de forma ordinaria en cada una de las entidades y se establecen en un aplicativo informático de gestión del programa CaixaProinfancia. Estos datos son incorporados y actualizados por los/as trabajadores/as 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 recogen mediante entrevista **antes** (encuesta de línea de base) **y al final** (encuesta de línea final) de la intervención que concierne 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) los/as técnicos/as de referencia (un/a trabajador/a social y un/a educador/a), mediante la observación, evalúan las competencias parentales. Se contemplan cuatro dimensiones (afecto, responsividad, aliento o ánimo, enseñanza) con un total de 29 indicadores. La recogida de datos, para la que los/as profesionales han obtenido formación previamente, se lleva 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 corresponde a fichas de datos y valoraciones técnicas referentes a las competencias parentales evaluadas por los/as especialistas de cada entidad y se obtiene 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 de los/as técnicos/as sociales, se incorporan 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:** estas fichas técnicas son 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 incorporan autovaloraciones de la frecuencia con la que se lleva a cabo cierto tipo de comportamientos positivos. A modo ilustrativo, se pregunta por la frecuencia (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre) con la que se habla con un tono cariñoso y sonriente al menor.
- **Encuesta de satisfacción y utilidad de los talleres:** a través de un cuestionario las familias valoran la utilidad y satisfacción en relación con la experiencia y los recursos en los que han participado mediante una batería de preguntas recibidas **al final** de las intervenciones (línea final) de este proyecto. Esta encuesta se basa en una escala cualitativa (mucho, bastante, suficiente, poco o nada) dirigida a entender el nivel de satisfacción y utilidad autopercibida por las familias en relación con la experiencia y los recursos en los que han 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 producen dos grupos de indicadores:

**Índices observacionales:** en primer lugar, para la valoración técnica llevada a cabo por los/as profesionales de las competencias parentales de las familias participantes, se construyen cuatro índices cuantitativos calculados al inicio y al final de la intervención para cuatro competencias parentales: **responsividad, afecto, aliento y educación.**

A modo ilustrativo, la habilidad emocional vinculada con el afecto está comprendida por comportamientos relacionados con el tono cariñoso con el que se habla al o a la menor o la capacidad de sonreír y mostrar calidez afectiva hacia este/a último/a.

Los/as técnicos/as cuantifican la frecuencia de estos comportamientos mediante una escala (ausente=0; raramente=1; claramente=2). Los índices son el sumatorio del puntaje otorgado por los/as técnicos/as de cada comportamiento específico asociado con una competencia, tomando valores de 0 a 14 puntos para las dimensiones competenciales relacionadas con el afecto, la responsividad y el aliento, y de 0 a 16 para la dimensión relacionada con la capacidad de educar y enseñar de los padres. Finalmente, estos índices se han estandarizado para cada dimensión de tal manera que cuentan con una media igual a 0 y varianza igual a 1.

**Índices autopercebidos:** los indicadores autopercebidos de competencias parentales se construyen a partir de la información proporcionada por los propios padres/madres de los y las menores que determinan la frecuencia de comportamientos positivos (autopercebida) en la escala (Nunca (0); Casi Nunca (1); Algunas veces (2); Casi Siempre (3); Siempre (4)) para la posterior construcción del índice estandarizado equivalente a los índices observables para los comportamientos relacionados con la **responsividad, afecto, aliento y educación.**

#### Vulnerabilidad social familiar

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

Desde junio de 2022 el programa CaixaProinfancia cuenta con un instrumento de medida de la vulnerabilidad social familiar que ayuda al diagnóstico de la situación familiar, la planificación de los planes de trabajo y permite 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)<sup>13</sup>.

En particular, la escala de vulnerabilidad social familiar se compone de seis dimensiones obteniendo un coeficiente para cada una de ellas asociado a cada familia. Concretamente, el cálculo tiene en cuenta factores de riesgo y protección vinculados a una dimensión social específica, y se produce un 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 constituyen varios indicadores post-intervención 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 crea 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 utiliza una evaluación experimental (RCT) en la que se asigna aleatoriamente a los participantes entre el grupo de tratamiento y el grupo de control. A continuación, se detalla el proceso de captación y selección de los beneficiarios de la intervención, así como la asignación aleatoria y el marco temporal del experimento.

### Captación de los beneficiarios de la intervención

Este proyecto fue definido para su ejecución por 20 entidades que forman parte de las redes territoriales del programa CaixaProinfancia, donde se desarrollan los mencionados talleres familiares en los "Espacios Infantiles: 0-3". De esta manera, el proceso de captación se estructura 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

<sup>13</sup> 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).

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 estuvo 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 de 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 recae principalmente en las 20 entidades seleccionadas, el acceso al programa se realiza mediante las derivaciones acordadas en las mesas de infancia ya constituidas y activas, en las que participan los servicios sociales, los centros educativos y otros actores locales. Estas mesas de infancia están constituidas por las entidades sociales mencionadas, centros educativos, y servicios sociales de un mismo territorio en el que se trabaja en red en el marco del programa CaixaProinfancia.

En primer lugar, las entidades sociales y los miembros de las mencionadas mesas de infancia cuentan con una muestra de familias potencialmente beneficiarias que intentan contactar. Una vez que se establece el contacto, se procede al desarrollo de sesiones informativas donde se expone el proyecto y se detallan los siguientes pasos a seguir. Paralelamente también se procede a realizar una comprobación de los requisitos necesarios para participar en este proyecto. Finalmente, una vez se han comprobado los criterios de participación y se ha explicado en detalle el proyecto en las sesiones informativas, las familias interesadas en participar firman el consentimiento informado con el que aprueban su participación en el programa. En el caso de que la muestra en cada red local no alcance las 48 familias previstas en cada entidad social, se procede a coordinar acciones conjuntas con otras instituciones del territorio para reclutar familias que respondan a los criterios de inclusión y acepten participar.

### Consentimiento informado

Uno de los principios éticos fundamentales de la investigación con seres humanos (respeto a las personas) requiere que los participantes del estudio sean informados sobre la investigación y den su consentimiento para ser incluidos en el estudio. El consentimiento informado se realiza habitualmente como parte de la entrevista inicial y tiene dos partes esenciales: la explicación del experimento al sujeto, y la petición y registro de su consentimiento para participar. El consentimiento debe comenzar con una presentación comprensible de la información clave que ayudará al sujeto a tomar una decisión informada, es decir, comprender la investigación, lo que se espera de él 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 los 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 los participantes con la aprobación del comité de ética.

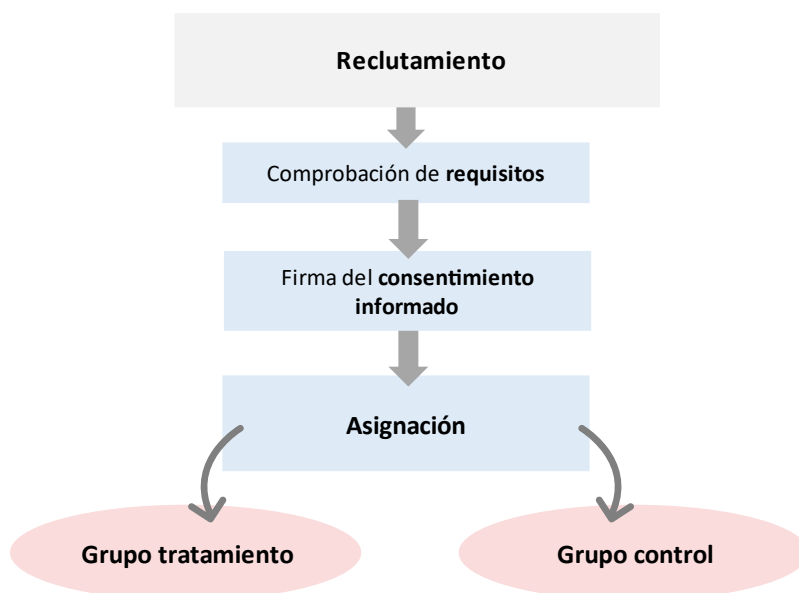
### Asignación aleatoria de los participantes

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 firman el consentimiento informado, para cada una de las redes se seleccionan aleatoriamente 48 familias para formar parte de la muestra titular (excepto para una red en la que la muestra titular la forman 32 familias) siendo el resto reservas. Se estratifica la muestra a nivel de red y de una variable que determina si hay o no al menos un lactante en la familia, creando 40 estratos. En cada uno de esos estratos, para la muestra titular, se asignan de forma aleatoria las familias a los grupos de control y tratamiento. Con respecto a las reservas, se les asocia aleatoriamente por estrato un orden de sustitución en el que, en el caso de producirse bajas, entrarían a formar parte de la muestra titular.

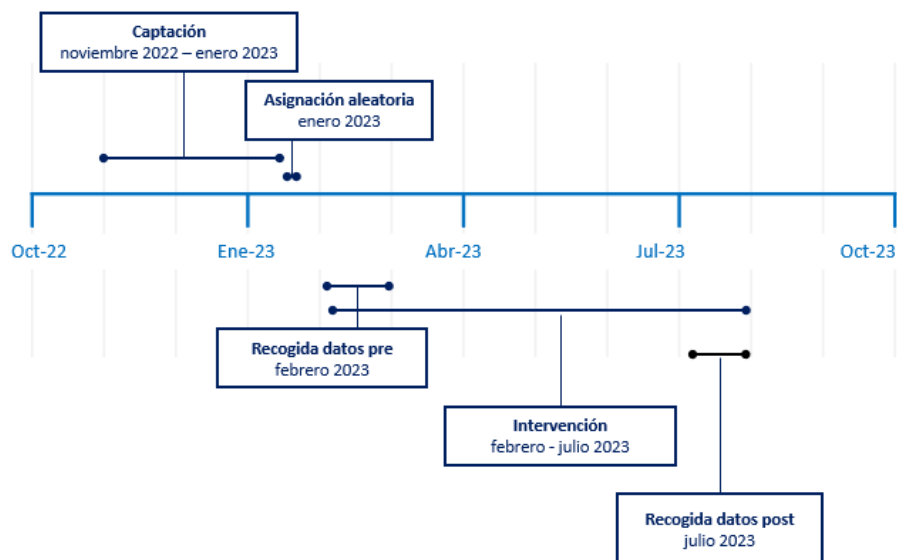
Por tanto, la aleatorización se realiza a nivel de familia en cada una de las redes mencionadas de cada entidad participante llevando a cabo una estratificación entre lactantes y no lactantes, entendiendo por “familia lactante” aquella que tiene al menos un menor que es lactante. Esta estratificación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

Figura 4: Proceso de captación y aleatorización



La **Figura 5** muestra el marco temporal en el que se desarrolla la implementación y evaluación. La captación tiene lugar entre los meses de noviembre 2022 a enero de 2023 y, en el mismo mes de enero, se realiza la asignación aleatoria de los y las participantes que cumplen los criterios y que han firmado el consentimiento informado y están interesados/as en participar. Los datos de línea de base se recogen durante el mes de febrero de 2023. El desarrollo del itinerario o intervención se extiende desde el mes de febrero a julio de 2023. Finalmente, la encuesta final a los participantes se realiza una vez finalizada la intervención.

Figura 5: Marco temporal de la evaluación



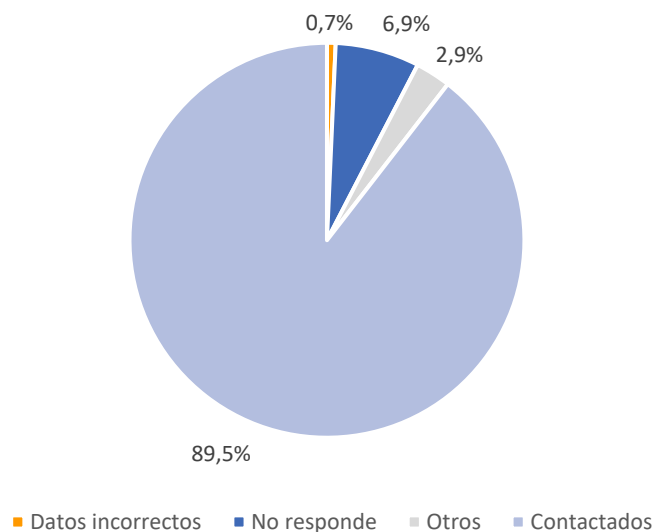
## 4 Descripción de la implementación de la intervención

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

### 4.1 Descripción de la muestra

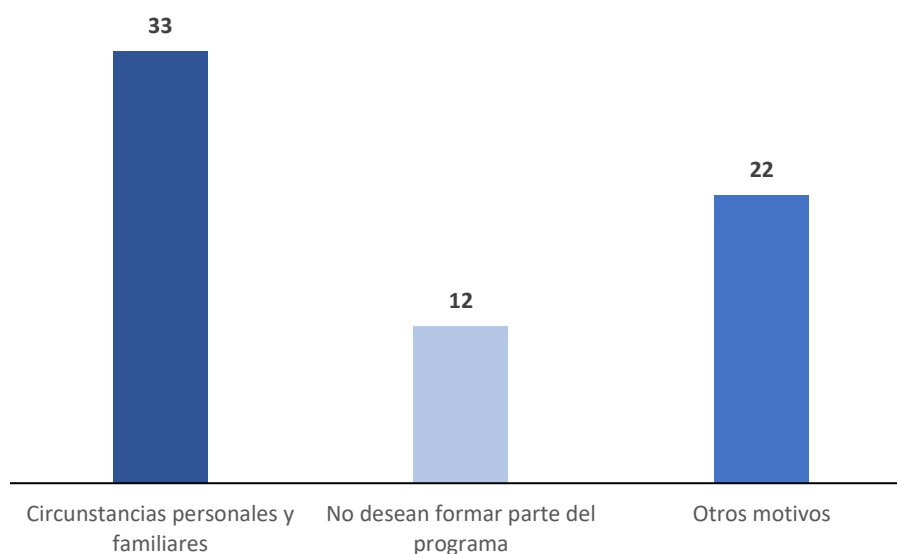
Tal y como se ha mencionado en la sección anterior, 20 entidades sociales en colaboración con otros constituyentes de las mesas de infancia territoriales seleccionaron y contactaron a las familias potencialmente beneficiarias de este proyecto piloto.

En primer lugar, el total de potenciales participantes se situó en 1.697 personas. 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 beneficiarios de la intervención.

**Figura 6: Resultado de intento de contacto con potenciales participantes**

Por tanto, aproximadamente 1 de cada 10 potenciales participantes no pudo ser contactado. El 6,9% de los potenciales beneficiarios no pudo ser contactado debido a que no respondió a los intentos de las entidades de establecer comunicación con ellos, 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 los participantes contactados, a más de 370 familias 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 aceptan participar en el proyecto y 1.009 firman el consentimiento informado y, por tanto, son las que se incluyen 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 el punto 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 define como las 1.002 familias que son titulares (944) o reservas activas (58).

De esta muestra experimental de 1.002 familias, hay 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 contiene 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 son familias 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 contaban con muy pocas familias en estas listas por lo que, al producirse rechazos en las familias seleccionadas una vez que se les comunicó los resultados de la selección aleatoria, no era posible su sustitución. 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 han tenido 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**

	Media	Desviación Típica	Min	Máx	N
<b>Características sociodemográficas</b>					
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 los menores (0-3)	2,17	0,90	0,49	4,02	948
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
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



	Media	Desviación Típica	Min	Máx	N
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 responsividad 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 responsividad inicial autorreportado	-0,00	1,00	-4,23	0,95	905

	Media	Desviación Típica	Min	Máx	N
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
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 tienen un/a menor entre las edades de 0 a 3 años en el programa, que tiene una edad promedio de dos años, y casi la mitad de ellos son niñas (46%). Además, el 32% de las familias tienen un/a menor lactante, y solo el 5% de los/las menores entre 0 y 3 años van a la escuela. El 46% de las familias tienen 3 o más hijos/as menores de 18 años, mientras que el 25% y el 29% tienen uno y dos hijos/as, respectivamente. Más de la mitad de las familias son biparentales (65%), mientras que el 35% son 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, como muestra la **Tabla 1**, las responsabilidades principales de cuidado recaen en las mujeres, ya que el 84% de los/las tutores/as principales son mujeres. Los/as tutores/as tienen, en promedio, entre 34 y 37 años y el 38-45% tienen nacionalidad española. En promedio, el número máximo de años de educación de los/las tutores/as es de 7, y solo el 38% de las familias tiene al menos un/a tutor/a empleado/a. El 74% de los/las tutores/as principales están desempleados/as, y de los/las empleados/as, solo el 8% tiene un trabajo permanente. Del/de la segundo/a tutor/a, la proporción de desempleados/as es menor, el 59%, pero un porcentaje igualmente bajo (9%) tiene 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) y el último bloque de variables presenta los valores iniciales de seis índices que miden 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 procede a la asignación aleatoria de los participantes, dentro del grupo de control (GC) o grupo de tratamiento (GT) según lo explicado la **sección** *¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..* Este proceso de aleatorización se llevó a cabo por hogar dentro de cada red y teniendo en cuenta si había un/a menor lactante en la familia, dando lugar a 40 estratos.

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

**Tabla 2: Resultado de la asignación aleatoria**

Red	TITULARES												RESERVAS			TITULARES+RESERVAS		
	LACTANTES			NO LACTANTES			LACTANTES+NO LACTANTES			LACT	NO LACT	LACT+ NO LACT	LACT	NO LACT	LACT+ NO LACT			
	GC	GT	Tot	GC	GT	Tot	GC	GT	Total									
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			
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>155</b>	<b>309</b>	<b>317</b>	<b>318</b>	<b>635</b>	<b>471</b>	<b>473</b>	<b>944</b>	<b>19</b>	<b>46</b>	<b>65</b>	<b>328</b>	<b>681</b>	<b>1009</b>			

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**<sup>14</sup> 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 están realizadas sobre todas las covariables presentadas en la **Tabla 1**, características sociodemográficas y resultados, todos medidos 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 de control y, centrado en ella, el intervalo de confianza al 95% de tal diferencia. Un intervalo de confianza que contiene al cero, es decir, el eje vertical, indicará que la diferencia de medias entre grupos no es estadísticamente significativa o, en otras palabras, no es estadísticamente diferente de cero. Se concluirá, por tanto, que los grupos de intervención están balanceados en dicha característica. En el caso en que el intervalo de confianza de la diferencia de medias no contenga al cero, se podrá concluir que la diferencia es estadísticamente significativa y, por tanto, los grupos están desbalanceados en esa característica.

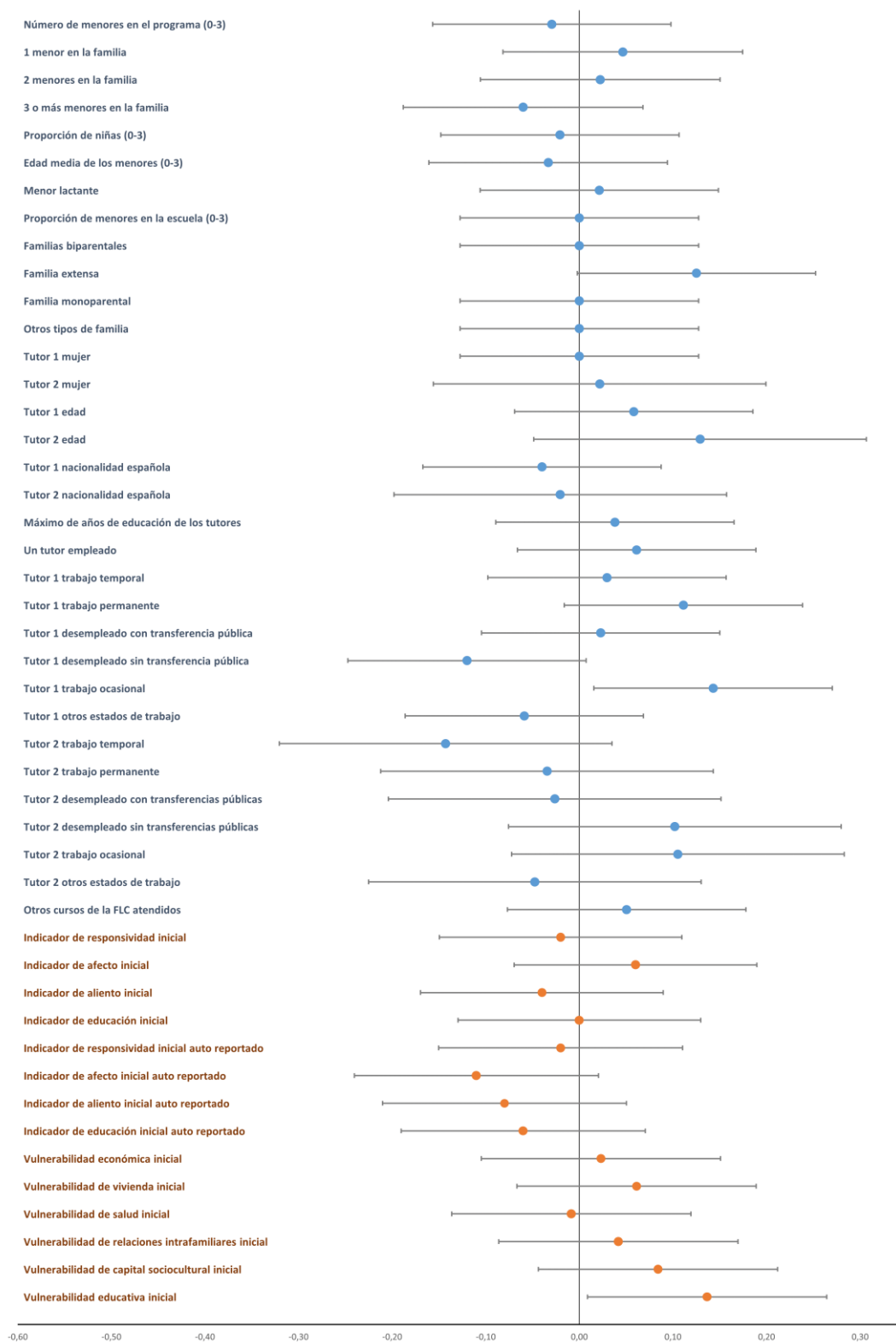
En lo que respecta a las variables sociodemográficas, la muestra está equilibrada, excepto por la proporción de tutores/as principales desempleados/as y que no reciben ninguna transferencia

<sup>14</sup> Véase

**Tabla 12** en el apéndice relativo al equilibrio entre los grupos experimentales

pública. Esta proporción es del 51% en el grupo de control mientras que es del 45% en el grupo de tratamiento, una diferencia que es significativa al nivel del 10%. La proporción de variables desequilibradas es menor del 5% de variables analizadas, lo que puede deberse al azar. Por lo tanto, concluimos que la muestra está equilibrada con respecto a las características sociodemográficas. En cuanto a los indicadores iniciales, la muestra también está equilibrada entre los grupos de tratamiento y control, con dos excepciones. En promedio, los índices de vulnerabilidad sociocultural y educativa son más bajos en el grupo de control que en el grupo de tratamiento. Estas diferencias son significativas al nivel del 10% y al 1%, respectivamente. En el análisis econométrico se controlará por las variables no equilibradas.

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



### 4.3 Grado participación y desgaste por grupos

El grupo firmante del consentimiento informado constituye 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 son voluntarias. Por un lado, es conveniente analizar el grado de participación en el programa, puesto que la estimación de resultados se referirá a los efectos en media de ofrecer el mismo, dado el grado de participación. Por ejemplo, si la participación en las actividades del tratamiento es baja, los grupos de tratamiento y control se parecerán mucho y será más difícil encontrar un efecto. Por otro lado, en esta sección se comprueba si la no cumplimentación de la encuesta final por algunos de los participantes reduce la comparabilidad de los grupos de tratamiento y de control después de la intervención, en el caso de que la tasa de respuesta sea distinta entre grupos o según las características demográficas de los participantes de cada grupo.

#### Grado de participación

La **Tabla 4: Grado de participación** 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 tratamiento<sup>15</sup>. La asistencia a los cursos es muy alta, con un 86% de las familias que asisten a más del 25% de las sesiones, un 84% que asiste a más de la mitad y un 76% que asiste a más del 75%. Por lo tanto, el nivel de cumplimiento con el tratamiento se considera alto.

**Tabla 4: Grado de participación en los talleres familiares**

	25% asistencia	50% asistencia	75% asistencia
Familias en grupo de 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

La tasa de desgaste, que corresponde a la proporción de potenciales encuestados al final del estudio con resultados faltantes, es 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

<sup>15</sup> La asistencia a la intervención no se registró para las familias en el grupo de control, lo que impidió a los investigadores analizar el incumplimiento en el grupo de control.

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.

**Tabla 5: Desgaste por participación e inicio del estudio completado**

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

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, contamos con 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 es relativamente bajo en comparación con estudios similares. El alto nivel de adherencia al programa y la tasa de respuesta en la encuesta final son 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 nos ha permitido recuperar información final para las familias con datos faltantes al finalizar el estudio, lo que destaca 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 encuestados al final del estudio	1002	504	490	8
Tasa de desgaste	10,0%	12,7%	5,7%	

Nota: La tasa de desgaste se calcula sobre los 1002 posibles encuestados al final del estudio, que incluye a las familias titulares y a las familias reservas contactadas.

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

Para probar si el desgaste diferencial entre los grupos es significativo, estimamos la ecuación (1), donde *Desgaste* es una variable indicadora que toma el valor 1 si un individuo *i* ha abandonado y 0 si no lo ha hecho, mientras que *Tratamiento<sub>i</sub>* 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. Observamos que la tasa de desgaste en el grupo de tratamiento es 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, comprobamos si las familias con resultados finales faltantes en el tratamiento y el control difieren 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  $\delta_k$  son los parámetros de interés. Un coeficiente  $\delta_k$  significativo indicaría que los abandonos del grupo de control y del grupo de tratamiento difieren significativamente en características  $X_k$ .

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

Observamos que las familias con resultados finales faltantes del grupo de tratamiento tienen hijos/as significativamente mayores y son 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 difieren significativamente en ninguno de los observables.

Tabla 7: Pruebas de desgaste diferencial y selectivo

Test de desgaste diferencial y selectivo		
	(1) Desgaste	(2) Desgaste
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 los 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)
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 carecemos 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 llamamos el 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 puede atribuirse a la intervención.

El análisis se centrará en la estimación de la intención de tratar (*Intention-To-Treat* o *ITT*, por sus siglas en inglés), que compara a las personas asignadas al tratamiento con aquellas asignadas al control, independientemente de si cumplen 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 puede no ser obligatorio (como es el caso de los talleres familiares desarrollados en los “Espacios Infantiles: 0-3”).

Las principales estimaciones incluyen controles del nivel inicial (es decir, el valor de referencia del indicador, el número de menores que la familia tiene en el programa, el tipo de familia, los años máximos de educación de los/las tutores/as y el estado laboral del/de la tutor/a principal) y efectos fijos de estratos para corregir los pequeños desequilibrios observados en el nivel inicial y mejorar la precisión de nuestras estimaciones. Agrupamos los errores estándar a nivel de estratos, utilizando los 40 estratos definidos por la red y una variable que indica si había un/a menor lactante en la familia.

Específicamente, se estima 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 el resultado como se especifica en la subsección anterior medido al final de la línea de tiempo,  $T_i$  indica si la familia ha sido asignada al tratamiento (1) o al control (=0),  $Y_{i,t=0}$  es la variable dependiente medida al inicio de la línea de tiempo,  $X_i$  es un vector de variables de control, y  $\eta_i$  representa efectos fijos de estratos. El coeficiente de la variable de tratamiento  $\beta$ , captura la ITT, nuestro parámetro de interés.

Para el análisis de heterogeneidad, investigaremos si los resultados difieren según si las familias tienen al menos un/a menor lactante. Para este análisis, ejecutaremos 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 tiene al menos un/a menor lactante. Así,  $B_i$  indica si el hogar tiene al menos un/a 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

Las **Tabla 8** y **Tabla 9** estiman 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 menores en el programa, el tipo de familia (monoparental, biparental, extendida u otro), el máximo de años de educación de los/as tutores/as y el estado laboral del/de la tutor/a principal) y los efectos fijos de los estratos.

El programa mejora las medidas observables de habilidades parentales (informe de los/as profesionales sobre las competencias de los progenitores). Las columnas (1) a (4) de la **Tabla 8** muestran un efecto positivo y estadísticamente significativo, lo que indica que el programa aumenta las medidas observables de las competencias de los progenitores en términos de la responsividad parental, afecto, estímulo y educación en aproximadamente la mitad de una desviación estándar.

Sin embargo, cuando las competencias parentales son autorreportadas (con los progenitores informando sobre sus propias competencias), la significancia del efecto se vuelve menos consistente y el tamaño de los efectos, cuando son significativos, es considerablemente menor. Los coeficientes no son estadísticamente significativos para dos de las cuatro medidas, aunque todos siguen siendo positivos (**Tabla 8**, columnas (5) a (8)). Las excepciones son el índice relativo al aliento, que sigue siendo significativo al nivel del 5%, con familias en el grupo de tratamiento que muestran un índice de aliento 0,15 desviaciones estándar más alto que las familias en el grupo de control, y el índice de afecto, que muestra que los progenitores en el grupo de tratamiento informan una medida 0,13 desviaciones típicas más alta que los padres de control.

Los efectos en las medidas observadas de habilidades parentales deben tomarse con precaución, ya que las diferencias con los efectos en las medidas autopercebidas podrían ser el resultado de efectos de demanda. Las familias pueden haber cambiado consciente o inconscientemente su comportamiento para tratar de confirmar las hipótesis que creían que el evaluador estaba tratando de probar. Además, estos efectos impulsados por el comportamiento también podrían afectar a los/as profesionales, que estaban al tanto del estado de tratamiento de cada familia cuando informaron las medidas observadas.

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 es significativo al nivel de significancia 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 muestran niveles más bajos de vulnerabilidad social en comparación con las familias en el grupo de control; la vulnerabilidad económica disminuye 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 8: Impacto en las competencias parentales**

	Indicadores observacionales				Indicadores autorreportados			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Responsividad	Afecto	Aliento	Educación	Responsividad	Afecto	Aliento	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
Grupo de control media	-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 los/las tutores/as, el indicador al inicio del estudio y efectos fijo a nivel estrato, Significancia: \*\*\*=.01, \*\*=.05, \*=.1

**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* (0,76)	-0,71 (0,66)	-0,85 (0,61)	-1,19** (0,57)	-0,70 (0,62)	-1,36*** (0,37)
Observaciones	791	791	791	791	791	791
R-cuadrado	0,59	0,69	0,61	0,68	0,66	0,64
Grupo de control media	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 los/las tutores/as, el indicador al inicio del estudio y efectos fijos 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” está diseñado para familias con menores de 0 a 3 años, adaptándose tanto a aquellas que tienen al menos un/a menor lactante (familias lactantes) como a las que no. El programa se modificó ligeramente para adaptarse a las necesidades de las familias lactantes. Además, el tamaño de los grupos en los talleres se ajusta en función de este factor, variando desde un máximo de 8 a 12 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 un/a menor lactante en la familia. Así, se lleva a cabo un análisis de heterogeneidad para determinar si el impacto del programa varía entre las familias con al menos un/a menor lactante.

Las **Tabla 10** y

**Tabla 11** exploran si los resultados varían en función de si las familias tienen al menos un/a menor lactante. En general, el efecto medio del tratamiento no difiere entre las familias con y sin al menos un/a menor lactante.

En estas regresiones, el coeficiente de la variable de *Tratamiento* muestra el efecto en las familias no lactantes (aquellas que no tienen ningún 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 es estadísticamente significativo, lo que sugiere que el efecto medio del tratamiento en las competencias parentales no difiere entre las familias con y sin menores lactantes.

La

**Tabla 11** muestra el análisis heterogéneo para la vulnerabilidad de las familias. De manera similar, encontramos que el término de interacción generalmente no es estadísticamente significativo, lo que sugiere que el efecto medio del tratamiento en la vulnerabilidad de las familias no difiere entre las familias con y sin menores lactantes. La única excepción es el efecto en la vulnerabilidad de la vivienda, donde el tratamiento tiene un efecto estadísticamente significativo y negativo en la vulnerabilidad de las familias sin menores lactantes, mientras que tiene 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 10: Impacto de heterogeneidad en las competencias parentales al tener al menos un/a menor lactante**

	Indicadores observacionales				Indicadores autorreportados			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Responsividad	Afecto	Aliento	Educación	Responsividad	Afecto	Aliento	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
Grupo de control media	-0,21	-0,17	-0,28	-0,31	-0,05	-0,05	-0,06	-0,01

Nota: Los errores estándar entre paréntesis han sido 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 los/as tutores/as y estado laboral del/de la primer/a tutor/a, el indicador al inicio del estudio y su interacción con la variable ficticia de la lactancia materna. Las regresiones también incluyen efectos fijos de estrato. Significancia: \*\*\*=0.01, \*\*=0.05, \*=0.1

**Tabla 11: Impacto de heterogeneidad en las dimensiones de vulnerabilidad al tener al menos un/a 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
Grupo de control media	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 del número de menores en el programa, tipo de familia, máximo de años de educación de los/as tutores/as, estatus de trabajo del/de la primer/a tutor/a, indicador al inicio del estudio y la interacción de todos estos con una variable "dummy" para lactancia materna. Las regresiones también incluyen efectos fijos a nivel 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** en el anexo 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 los niños y niñas 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 sus hijos e hijas.

En este contexto, este estudio analiza el RCT implementado por la Fundación "la Caixa" que involucra 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, buscamos 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 reciben acompañamiento social y apoyo para la inclusión laboral, y pueden participar en reuniones regulares para padres y madres. Además, el grupo de tratamiento participa en talleres familiares desarrollados en los "Espacios Infantiles: 0-3", que abarcan 32 sesiones durante 16 semanas, diseñados para mejorar las habilidades parentales en familias con menores de 0 a 3 años. Los temas clave incluyen el apoyo a interacciones positivas entre progenitores e hijos/as, el desarrollo de competencias parentales y el establecimiento de una relación paterno/materno-infantil afectuosa.

Los resultados medidos abarcan las habilidades parentales (tanto observadas como autopercebidas) en áreas como la responsividad, afecto, aliento y educación. Además, el programa evalúa 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.

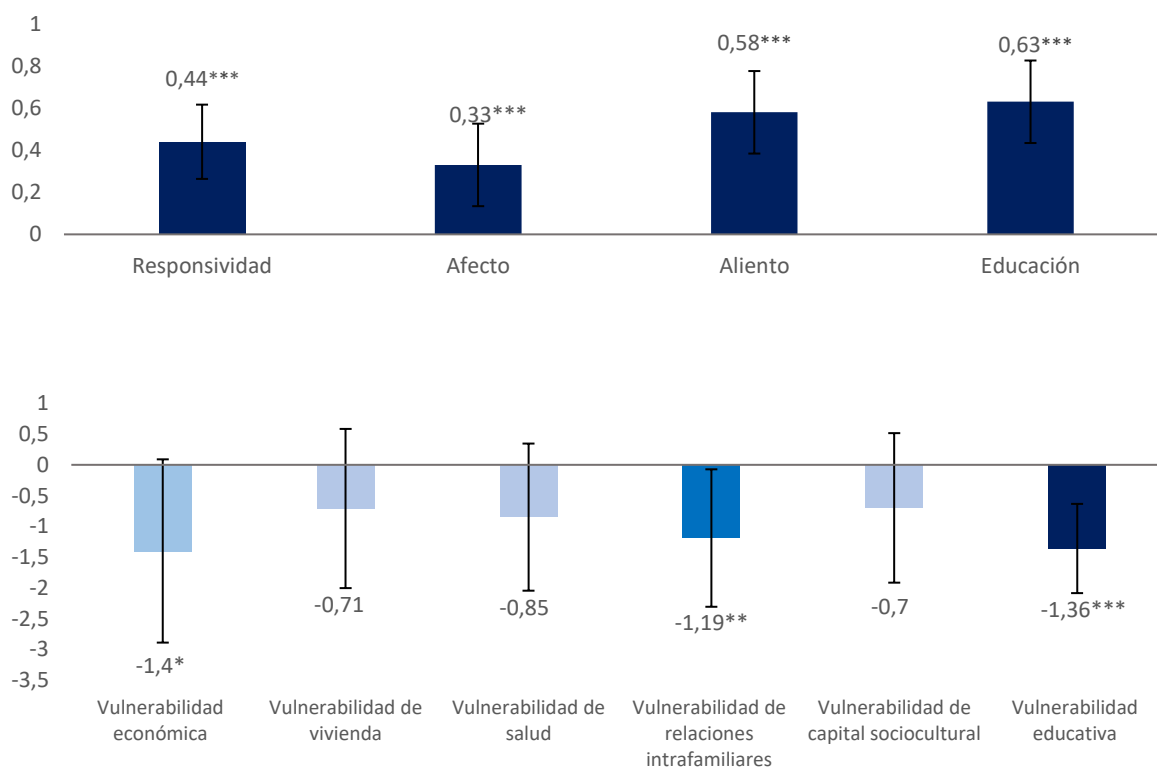
El alto nivel de adherencia al programa y la tasa de respuesta en la encuesta de línea final son indicaciones de que el programa fue muy valioso para las familias. Además, el conjunto de datos recopilado por la Fundación "la Caixa" para sus actividades habituales nos ha permitido recuperar información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



Tal y como muestra la **Figura 9**, los resultados indican una mejora en las habilidades parentales, como la responsividad, el afecto, el aliento y la educación, dentro del grupo de tratamiento cuando son observadas por los/as profesionales. Sin embargo, estos efectos se vuelven menos significativos y más pequeños al utilizar medidas percibidas 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 el evaluador está tratando de probar.

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

**Figura 9: Efecto de la intervención en los indicadores principales**



Nota: el azul más oscuro presenta los indicadores cuyo efecto del tratamiento es significativo al 1%; el siguiente tono de azul presenta los resultados significativos al 5%. Así, los dos últimos tonos de azules (de más oscuro al más claro) representan los resultados significativos al 10% y no significativos (azul más claro). Los efectos incluidos en los gráficos hacen referencia a las regresiones con controles.

En conclusión, este estudio muestra el potencial de los programas que promueven las competencias parentales para mejorar el desarrollo infantil temprano y el bienestar de los 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 los niños y las niñas.

## 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 Romaní, 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](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>

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](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

## Gestión económica y normativa

### 1. Introducción

En el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, la Secretaría General de Inclusión del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones participa de forma relevante en el Componente 23 «Nuevas políticas públicas para un mercado de trabajo dinámico, resiliente e inclusivo», encuadrado en el área política VIII «Nueva economía de los cuidados y políticas de empleo».

Entre las reformas e inversiones propuestas en este Componente 23 se incluye la inversión 7 «Fomento del Crecimiento Inclusivo mediante la vinculación de las políticas de inclusión sociolaboral al Ingreso Mínimo Vital», que promueve la implantación de un nuevo modelo de inclusión a partir del ingreso mínimo vital (IMV), que reduzca la desigualdad de la renta y las tasas de pobreza. Para lograr este objetivo, se ha planteado, entre otros, el desarrollo de proyectos piloto para la puesta en marcha de itinerarios de inclusión social con las comunidades y ciudades autónomas, entidades locales y entidades del Tercer Sector de Acción Social, así como con los distintos agentes sociales.

El Real Decreto 938/2021, de 26 de octubre, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el ámbito de la inclusión social, por un importe de 109.787.404 euros, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia<sup>16</sup> contribuyó al cumplimiento del hito crítico (recogido en la Decisión de Ejecución del Consejo) número 350 para el primer trimestre de 2022 «Mejorar la tasa de acceso del Ingreso Mínimo Vital, e incrementar la efectividad del IMV a través de políticas de inclusión, que, de acuerdo con su descripción, se traducirá en apoyar la inclusión socioeconómica de los beneficiarios de la IMV a través de itinerarios: ocho convenios de colaboración firmados con administraciones públicas subnacionales, interlocutores sociales y entidades del Tercer Sector de Acción Social para realizar los itinerarios. Estos acuerdos de asociación tienen como objetivos: i) mejorar la tasa de acceso del IMV; ii) incrementar la efectividad de la IMV a través de políticas de inclusión». Asimismo, conjuntamente con el Real Decreto 378/2022, de 17 de mayo<sup>17</sup>, contribuyó al cumplimiento del indicador de seguimiento número 351.1 en el primer trimestre de 2023 «al menos 10 convenios de colaboración adicionales firmados con administraciones públicas subnacionales, interlocutores sociales y entidades del Tercer Sector de

<sup>16</sup> Real Decreto 938/2021, de 26 de octubre, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el ámbito de la inclusión social, por un importe de 109.787.404 euros, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Se puede consultar en el siguiente enlace: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-17464](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-17464)

<sup>17</sup> Real Decreto 378/2022, de 17 de mayo, por el que se regula la concesión directa de subvenciones del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones en el ámbito de la inclusión social, por un importe de 102.036.066 euros, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Se puede consultar en el siguiente enlace: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-8124](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-8124)

Acción Social para llevar a cabo los proyectos piloto de apoyo a la inclusión socioeconómica de los beneficiarios de la IMV a través de itinerarios», vinculado al documento Operational Arrangements<sup>18</sup>.

Asimismo, tras la ejecución y evaluación de cada uno de los proyectos piloto subvencionados, se llevará a cabo una evaluación para valorar la cobertura, la efectividad y el éxito de los regímenes de renta mínima. La publicación de esta evaluación, que incluirá recomendaciones específicas para mejorar la tasa de acceso a la prestación y mejorar la eficacia de las políticas de inclusión social, contribuye al cumplimiento del hito 351 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia previsto para el primer trimestre de 2024.

De acuerdo con el artículo 3 del Real Decreto 378/2022, de 17 de mayo, la concesión de las subvenciones se realizará mediante resolución acompañada de un convenio de la persona titular del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones como órgano competente para su concesión, sin perjuicio de las delegaciones de competencias existentes en la materia, previa solicitud por parte de las entidades beneficiarias.

Con fecha **2 de septiembre de 2022**, se notifica a la entidad Fundación Bancaria Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona, «La Caixa» (en adelante, Fundación «La Caixa»), la Resolución de la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social por la que se concede una subvención por importe de 2.737.370 euros a la Fundación «La Caixa» y, con fecha **6 de septiembre de 2022**, se suscribe Convenio entre la Administración General del Estado, a través de la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social y la Fundación Bancaria Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona, «La Caixa» para la realización de un proyecto para la inclusión social en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, que fue publicado en el «Boletín Oficial del Estado» con fecha **17 de septiembre de 2022** (BOE núm.224)<sup>19</sup>.

## 2. Marco temporal de la intervención

El apartado 1 del artículo 17 del Real Decreto 378/2022, de 17 de mayo, establecía que el plazo de ejecución de los proyectos piloto de itinerarios de inclusión social objeto de las subvenciones previstas en el presente texto no deberá exceder la fecha límite del 30 de noviembre de 2023, mientras que la evaluación de los mismos, objeto de la subvención, no se extenderá del plazo del 31 de marzo de 2024, con la finalidad de cumplir con los hitos marcados por el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia en materia de política de inclusión.

<sup>18</sup> Decisión de la Comisión Europea que aprueba el documento Disposiciones Operativas del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia que se puede consultar en el siguiente enlace: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/hacienda/Documents/2021/101121-CountersignedESFirstCopy.pdf>

<sup>19</sup> Resolución de 8 de septiembre de 2022, de la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social, por la que se publica el Convenio con la Fundación Bancaria Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona "La Caixa", para la realización de un proyecto para la inclusión social en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Se puede consultar en el siguiente enlace: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-15202](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-15202)

Dentro de este marco temporal genérico, la ejecución comienza en la semana del **6 de febrero 2023**, cuando se inicia 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**.

### 3. 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 RCT. Para ello, la Secretaría General de Inclusión (SGI) asume 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 los potenciales participantes del proyecto piloto.
  - b) Diseñar la metodología de ensayo controlado aleatorizado (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 forman 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
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.
- **CEMFI y J-PAL Europa**, como instituciones científicas y académicas que apoyan 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
<b>Características sociodemográficas</b>						
Número de menores en el programa (0-3)	474	1,13	474	1,12	948	0,65
	40	(1,41)	40	(1,39)	40	
1 menor en la familia	467	0,24	470	0,26	937	0,35
	40	(2,17)	40	(2,34)	40	
2 menores en la familia	467	0,28	470	0,29	937	0,89
	40	(2,44)	40	(2,48)	40	
3 o más menores en la familia	467	0,48	470	0,45	937	0,39
	40	(2,99)	40	(2,98)	40	
Proporción de niñas (0-3)	474	0,47	474	0,46	948	0,84
	40	(2,83)	40	(2,88)	40	
	474	2,18	474	2,15	948	0,51

Variable	(1) Control		(2) Tratamiento		(2)-(1) Pairwise t-test	
	N/Clusters	Media/(Var.)	N/Clusters	Media/(Var.)	N/Clusters	P-valor
Edad media de los menores (0-3)	40	(9,45)	40	(9,99)	40	
Menor lactante	474	0,32	474	0,33	948	0,43
	40	(2,65)	40	(2,67)	40	
Proporción de menores lactantes (0-3)	474	0,05	474	0,05	948	0,72
	40	(0,57)	40	(0,51)	40	
Familias biparentales	474	0,63	474	0,63	948	0,86
	40	(2,84)	40	(2,82)	40	
Familia extensa	474	0,00	474	0,01	948	0,43
	40	(0,05)	40	(0,10)	40	
Familia monoparental	474	0,35	474	0,35	948	0,93
	40	(2,77)	40	(2,77)	40	
Otros tipos de familia	474	0,01	474	0,01	948	0,38
	40	(0,18)	40	(0,10)	40	
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	
	474	0,46	474	0,44	948	0,61

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 nacionalidad española	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	
	237	0,10	250	0,09	487	0,82

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 trabajo permanente	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	
Tutor/a 2 desempleado/a sin transferencias públicas	237	0,39	250	0,44	487	0,21
	39	(1,48)	39	(1,62)	40	
Tutor/a 2 trabajo ocasional	237	0,03	250	0,05	487	0,11
	39	(0,15)	39	(0,32)	40	
Tutor/a 2 otros estados de trabajo	237	0,05	250	0,04	487	0,68
	39	(0,30)	39	(0,28)	40	
Otros cursos de FLC atendidos	474	2,41	474	2,56	948	0,44
	40	(94,54)	40	(119,56)	40	
<b>Resultados</b>						
Indicador de responsividad inicial	461	0,01	454	-0,01	915	0,75
	40	(11,66)	40	(11,78)	40	
Indicador de afecto inicial	461	-0,03	454	0,03	915	0,45
	40	(12,20)	40	(11,22)	40	
Indicador de aliento inicial	461	0,02	454	-0,02	915	0,55
	40	(11,30)	40	(12,12)	40	
Indicador de educación inicial	461	0,00	454	-0,00	915	0,90
	40	(11,35)	40	(12,08)	40	
Indicador de responsividad inicial autorreportado	458	0,01	447	-0,01	905	0,70
	40	(11,70)	40	(11,48)	40	

Variable	(1) Control		(2) Tratamiento		(2)-(1) Pairwise t-test	
	N/Clusters	Media/(Var.)	N/Clusters	Media/(Var.)	N/Clusters	P-valor
Indicador de afecto inicial autorreportado	458	0,05	447	-0,06	905	0,14
	40	(10,21)	40	(12,90)	40	
Indicador de aliento inicial autorreportado	458	0,04	447	-0,04	905	0,27
	40	(10,06)	40	(13,09)	40	
Indicador de educación inicial autorreportado	458	0,03	447	-0,03	905	0,32
	40	(9,69)	40	(13,47)	40	
Vulnerabilidad económica inicial	471	103,22	470	103,56	941	0,76
	40	(2618,08)	40	(2609,56)	40	
Vulnerabilidad de vivienda inicial	471	103,86	470	104,78	941	0,34
	40	(2636,06)	40	(2816,04)	40	
Vulnerabilidad de salud inicial	471	104,54	470	104,42	941	0,89
	40	(2229,15)	40	(2364,37)	40	
Vulnerabilidad de relaciones intrafamiliares inicial	471	103,03	470	103,60	941	0,36
	40	(2560,99)	40	(1931,55)	40	
Vulnerabilidad de capital sociocultural inicial	471	104,64	470	105,77	941	0,09*
	40	(2362,78)	40	(2004,08)	40	
Vulnerabilidad educativa inicial	471	101,78	470	103,46	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 proporcionados a ellas como 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 está por encima de 3.50 (bastante), siendo los programas de bienes y acompañamiento social los más valorados. La utilidad del vale (Pasaporte de 0-3) es una excepción, con un valor promedio considerablemente más bajo de 1.31 (poco-suficiente). En general, las familias en el grupo de tratamiento parecen estar más satisfechas con las intervenciones que las del grupo de control. En particular, su satisfacción general es (estadísticamente) significativamente más alta, así como la satisfacción con el acompañamiento social y el valor que atribuyen a las relaciones con otros progenitores a través de las actividades, las relaciones con trabajadores/as 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	
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.

