

# Políticas de inclusión social en España: Un enfoque innovador desde el Laboratorio de Políticas de Inclusión

Ayuntamiento de Madrid: Proyecto de acompañamiento social en familias con menores

Mayo 2024



# Índice

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>2</b>
<b>1 INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>2 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA Y SU CONTEXTO</b> .....	<b>11</b>
2.1 INTRODUCCIÓN.....	11
2.2 POBLACIÓN OBJETIVO Y ÁMBITO TERRITORIAL .....	13
2.3 DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES .....	13
<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 .....	19
3.4 INDICADORES .....	21
3.5 DISEÑO DEL EXPERIMENTO .....	23
<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 .....	28
4.3 GRADO DE PARTICIPACIÓN Y DESGASTE POR GRUPOS .....	31
<b>5 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN</b> .....	<b>36</b>
5.1 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS ECONÓMICO: REGRESIONES ESTIMADAS.....	36
5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	37
<b>6 CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN</b> .....	<b>44</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>46</b>
<b>APÉNDICE</b> .....	<b>49</b>
GESTIÓN ECONÓMICA Y NORMATIVA .....	49
EQUILIBRIO ENTRE LOS GRUPOS EXPERIMENTALES.....	53

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 del Área de Gobierno de Políticas Sociales, Familia e Igualdad del Ayuntamiento de Madrid, 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.

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. La SGI se reserva el derecho de matizar, modificar o profundizar en los resultados presentados en este informe en el futuro. Estas potenciales variaciones podrían basarse en la disponibilidad de datos adicionales, avances en las metodologías de evaluación o la aparición de nueva información relativa al proyecto que pueda influir en la interpretación de los resultados.

## 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 aleatorizados** (*Randomized Controlled Trials*, en inglés).
- Este documento presenta los resultados de evaluación y principales hallazgos del «Proyecto de acompañamiento social en familias con menores», que ha sido llevado a cabo en **cooperación entre el MISSM y el Ayuntamiento de Madrid**.
- Este estudio evalúa la incidencia de **2 tratamientos** sobre la conciliación de la vida laboral y familiar de las familias beneficiarias del proyecto. Los dos grupos de tratamiento y el grupo de control reciben el “Programa Sociolaboral”, destinado a mejorar la empleabilidad de las familias. El grupo de tratamiento 1 recibe, además del “Programa Sociolaboral”, el “Programa Respira”, que consiste en una bolsa de horas de cuidados para menores. El grupo de tratamiento 2 recibe, además del “Programa Sociolaboral”, el “Programa Crecer felices en Familia II”, que consiste en una intervención psicosocial y educativa que busca mejorar la autonomía efectiva de las familias propiciando un incremento de la empleabilidad.
- El proyecto tuvo lugar en **Madrid**, siendo objetivo de la intervención 1.525 familias en situación de vulnerabilidad social residentes en el municipio, con al menos un hijo menor de 8 años a su cargo.
- En promedio, las familias participantes tienen una media de 2,11 hijos, siendo el 43% de estas monoparentales. El 70% de las familias viven en la zona sur de Madrid. Además, un 41% llevan en el registro de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid desde antes de 2018. Por otro lado, el 11% de estas familias presenta un riesgo psicosocial alto.
- El porcentaje de participación en el “Programa Sociolaboral” ha sido del 21%, el “Programa Respira” ha registrado un 20% de participación, y el “Programa Crecer Felices en Familia” ha obtenido un 48% y un 27% de participación para las sesiones grupales y domiciliarias, respectivamente.
- Los principales resultados de la evaluación son los siguientes:
  - **Aumento de las redes sociales de apoyo a la familia:** El tratamiento 2, que recibe el “Programa Sociolaboral” y el “Programa Crecer felices en Familia II”, muestra un aumento significativo de 0,24 puntos en la valoración de los apoyos informales. Además, se estima un aumento de 0,23 puntos en la valoración de los apoyos formales, aunque deja de ser significativo si se incluyen los datos de la línea de base.

- **Aumento en la calidad de las actitudes y prácticas de cuidado y educación de los hijos y sentido de competencia como padres:** El grupo de tratamiento 2 muestra un aumento significativo de 0,01 puntos en la calidad de las actitudes parentales.
- Los resultados indican que los tratamientos propuestos no generan una mejora estadísticamente significativa en la reducción del estrés parental, ni en la conciliación entre la vida laboral y familiar, resiliencia ante las adversidades ni tampoco en la mejora del comportamiento del menor.

# 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 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:

<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.

- **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 Controlled Trial* o *RCT*, por sus siglas en inglés). Esta metodología, que ha ganado relevancia en los últimos años, representa una de las herramientas más rigurosas para medir el impacto causal de una intervención de política pública o un programa social sobre indicadores de interés, como por ejemplo la inserción 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, es decir, qué cambios han experimentado en sus vidas los participantes debidos a la intervención.

---

<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 del 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 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 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).

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 evaluaciones 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 SGI ha establecido un marco de gobernanza que ha permitido establecer una metodología clara y potencialmente escalable para el diseño de futuras evaluaciones y el fomento de la toma de decisiones en base a evidencia empírica. La Administración General del Estado ha tenido una triple función como impulsora, evaluadora y ejecutiva de los diferentes programas. Diferentes administraciones 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 “de acompañamiento social en familias con menores”, ejecutado en el marco del Real Decreto 938/2021<sup>9</sup> por el Ayuntamiento de Madrid, a través del Área de Gobierno de Políticas Sociales, Familia e Igualdad. 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”.

### Contexto del proyecto

Si se analizan los datos más recientes disponibles en Eurostat, se observa que España se encuentra entre los tres países con mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años en

---

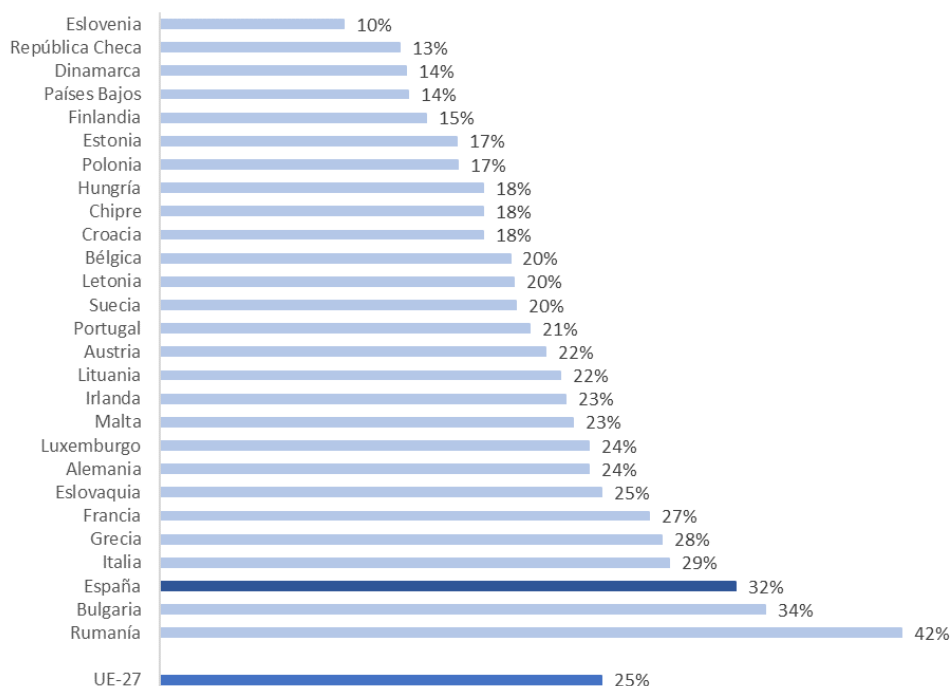
<sup>8</sup> Regulado por la Orden ISM/208/2022, de 10 de marzo, por la que se crea el Comité Ético vinculado a los itinerarios de inclusión social, con fecha de 27/04/2023 emitió un informe favorable para la realización del proyecto objeto del informe.

<sup>9</sup> Con fecha 23 de diciembre de 2021, se suscribe Convenio entre la Administración General del Estado, a través de la SGI, y el Ayuntamiento de Madrid 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 1 de febrero de 2022 (BOE núm. 27).



riesgo de pobreza o exclusión social<sup>10</sup>, solo por detrás de Bulgaria y Rumanía, y 7 puntos porcentuales por encima de la media de la Unión Europea.

**Figura 1: Porcentaje de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años en riesgo de pobreza o exclusión social (2022)**



Fuente: Living conditions in Europe (Eurostat).

De acuerdo con los cálculos de Save the Children a partir de los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2023 del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>11</sup>, el número de niños y niñas en situación de pobreza en nuestro país se estima en más de 2,3 millones.

<sup>10</sup> La población en riesgo de pobreza o exclusión social está definida según unos criterios establecidos por Eurostat. Es aquella población que se encuentra 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 7 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 (es decir, 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).

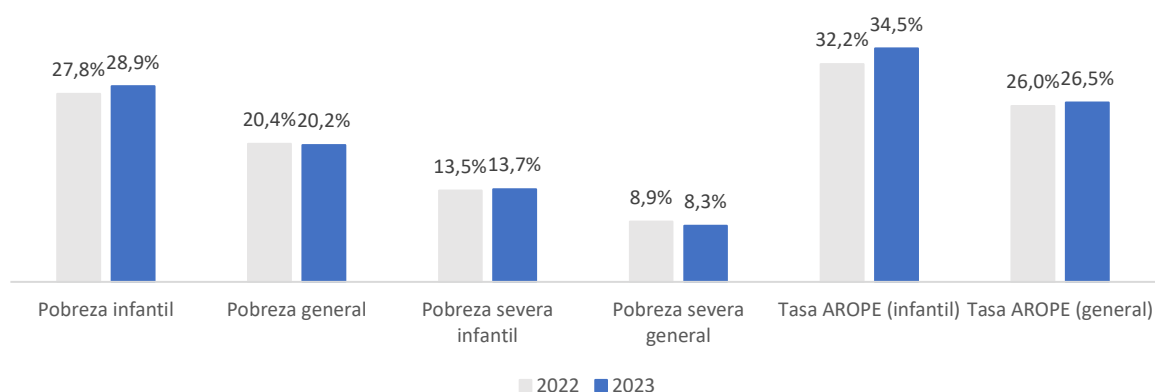
<sup>11</sup> <https://www.savethechildren.es/notasprensa/encuesta-de-condiciones-de-vida-la-pobreza-infantil-sube-en-espana-de-la-mano-del>

Como puede observarse en la **Figura 2**, un 28,9% de los menores de 18 años en España se encontraban en situación de pobreza en 2023<sup>12</sup>, lo que supone 1,1 puntos porcentuales más que en 2022, cuando la tasa de pobreza infantil se situaba en el 27,8%. De este modo, la pobreza infantil sigue superando a la pobreza general, que se mantiene estable en el entorno del 20%.

Por otro lado, en la **Figura 2** puede observarse que la tasa de pobreza severa infantil<sup>13</sup> se mantiene en valores elevados (del 13,7%, dos décimas superior a 2022): 1,1 millones de niños, niñas y adolescentes se encuentran en esta situación.

Si se considera la tasa AROPE<sup>14</sup>, el impacto de la pobreza infantil asciende hasta el 34,5%, desde el 32,2% de 2022. La brecha entre la pobreza severa de niños, niñas y adolescentes frente a la del conjunto de la población mantiene diferencias importantes (la tasa AROPE de pobreza infantil en 2023 se encuentra 8 puntos porcentuales por encima la tasa AROPE general).

**Figura 2: Indicadores de pobreza y exclusión social**



Fuente: Save the Children y Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

En el contexto específico del municipio de Madrid, ámbito geográfico del presente proyecto, los datos resaltan una situación muy desigual entre distritos<sup>15</sup>. Así, por ejemplo, distritos como Puente de Vallecas, Usera o Villaverde presentan unas tasas de pobreza infantil del 45,8%, el 43,7% o el 41,8%, respectivamente, frente al 22,8% de la comunidad autónoma.

<sup>12</sup> En la Encuesta de Condiciones de Vida, los ingresos que se utilizan en el cálculo de la tasa de riesgo de pobreza corresponden siempre al año anterior a la entrevista. Por tanto, el dato de la Encuesta de Condiciones de Vida 2023 corresponde a la renta del año 2022.

<sup>13</sup> El umbral de pobreza severa se sitúa en el 25% de la mediana de ingresos equivalentes.

<sup>14</sup> Porcentaje de población en riesgo de pobreza o exclusión social.

<sup>15</sup> Datos del Alto Comisionado contra la pobreza infantil calculados en base a datos tributarios de la Agencia Estatal de Administración Tributaria (AEAT) correspondientes al año 2021: <https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/es/datos-e-indicadores/mapa-tasa-de-riesgo-de-pobreza-infantil-por-distritos>. Debido a la distinta naturaleza de las fuentes de datos, tanto el umbral de pobreza como el indicador de tasa de riesgo de pobreza infantil calculado a partir de aquel no son equiparables a los de la Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística (INE).

### Marco normativo asociado al proyecto y estructura de gobernanza

Este proyecto piloto se encuentra en línea con el marco establecido en la Agenda 2030 y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), contribuyendo específicamente a los ODS 1, 8 y 10.

En relación con el acervo de las organizaciones internacionales, destaca en este ámbito la Convención sobre los Derechos del Niño, en particular en lo relativo al reconocimiento del derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, así como del derecho a la educación.

Por otro lado, a nivel europeo, existen diversos instrumentos relativos a la infancia y la adolescencia, entre los que se encuentran:

- **Pilar Europeo de Derechos Sociales (PEDS).** Contiene, dentro de su capítulo de protección e inclusión social (en relación con la asistencia y apoyo a la niñez), el derecho a disfrutar de una educación y asistencia infantil asequibles y de buena calidad, así como el derecho a la protección contra la pobreza. En particular, se recoge que “los niños procedentes de entornos desfavorecidos tienen derecho a medidas específicas destinadas a promover la igualdad de oportunidades”.
- **Estrategia de la UE sobre los Derechos del Niño.** Establece que toda la infancia debe gozar de los mismos derechos y vivir libre de discriminación de ningún tipo. En este documento, la Comisión Europea propone acciones concretas para proteger y promover los derechos de la infancia.
- **Resolución del Parlamento Europeo, de 11 de marzo de 2021,** sobre los derechos de la infancia a la luz de la Estrategia de la UE sobre los derechos del niño.
- **Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo de 14 de junio de 2021 por la que se establece una Garantía Infantil Europea.** Su objetivo es garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en riesgo de pobreza o exclusión social en la Unión Europea, tengan acceso a seis derechos básicos: educación y cuidado infantil, educación y actividades extraescolares, al menos una comida saludable por día lectivo, asistencia sanitaria, vivienda adecuada y alimentación saludable.

Finalmente, cabe destacar que España dispone tanto de documentos normativos como estratégicos y de políticas públicas relacionados con la infancia y la adolescencia. En concreto:

- **Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030).** Constituye el principal instrumento programático para implementar la Garantía Infantil Europea en España. Incluye los objetivos, metas y acciones que España se compromete a desarrollar para alcanzar sus recomendaciones.
- **Estrategia Estatal de Derechos de la Infancia y la Adolescencia (2023-2030).** Recoge actuaciones en ocho áreas estratégicas, entre las que se encuentran acabar con la pobreza y

la exclusión social en la infancia y la adolescencia, así como reforzar el desarrollo integral de la infancia y la adolescencia en los ámbitos de la educación y la cultura.

El objetivo científico del proyecto consiste en evaluar mediante la metodología de ensayo controlado aleatorizado (RCT) si las familias en situación de vulnerabilidad con personas menores a cargo podrían incrementar su nivel de bienestar y recuperar su autonomía con más facilidad/rapidez cuando se les proporciona apoyo familiar durante un tiempo en el cuidado y la educación de sus hijos/as.

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

- El **Ayuntamiento de Madrid**, como responsable de la ejecución del proyecto a través del Área de Gobierno de Políticas Sociales, Familia e Igualdad. Otros agentes relevantes para el desarrollo del proyecto son la Agencia para el Empleo del Ayuntamiento de Madrid en el desarrollo del Programa Sociolaboral y las Universidades de La Laguna y Las Palmas de Gran Canaria, autores del Programa Crecer Felices en Familia II e informe científico de resultados realizado en el marco del contrato de investigación.
- El **Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM)**, como financiador del proyecto y responsable de la evaluación RCT. Por ello, la SGI asume una serie de compromisos con el Ayuntamiento de Madrid:
  - 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.
  - Evaluar el proyecto piloto en coordinación con la entidad beneficiaria.
  - Velar por el estricto cumplimiento de las consideraciones éticas obteniendo el visto bueno del Comité de Ética.
- **J-PAL Europa**, como institución científica y académica que apoya 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 y el público objetivo al que se dirige la intervención. A continuación, la **sección 3** contiene información relativa al **diseño de la evaluación**, definiéndose la Teoría del Cambio vinculada con el proyecto y las hipótesis, fuentes de información e indicadores utilizados. En la **sección 4** se describe la **implementación de la intervención**, analizando la muestra, los resultados de la aleatorización y el grado de participación y desgaste de la intervención. A este apartado le sigue la **sección 5**, donde se presentan **los resultados de la evaluación**, con un análisis pormenorizado del análisis econométrico llevado a cabo y los resultados para cada uno de los indicadores utilizados. Las **conclusiones** generales de la evaluación del proyecto se describen en la **sección 6**. Finalmente, en el

apéndice **Gestión económica y normativa** 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 27 de abril de 2023.

## 2 Descripción del programa y su contexto

Esta sección describe el programa que el Ayuntamiento de Madrid, a través del Área de Gobierno de Políticas Sociales, Familia e Igualdad, implementó en el marco del proyecto piloto. Se describe la población objetivo y el marco territorial, y se describe la intervención en detalle.

### 2.1 Introducción

Los principales objetivos del proyecto son promover el desarrollo y fortalecimiento de las competencias emocionales, educativas y parentales de las familias beneficiarias del proyecto (bienestar psicosocial y educativo), favorecer la conciliación de la vida laboral y familiar de hogares beneficiarios del IMV y/o renta mínima de inserción, y contribuir a la mejora de la empleabilidad de las familias beneficiarias del proyecto.

Se propone un proyecto innovador que persigue experimentar la eficacia de herramientas específicas para promover la recuperación de la autonomía de los hogares más vulnerables del municipio de Madrid en los que viven niños y niñas, entre los que se encuentran muchos de los receptores del IMV y renta mínima de inserción, así como usuarios de la prestación económica para la cobertura de necesidades básicas de alimentación, aseo e higiene en el Ayuntamiento de Madrid como es la denominada Tarjeta Familia (TF). Las dificultades que estas familias experimentan son sin duda innumerables y generan una vulnerabilidad añadida a los y las menores que crecen en entornos más deprimidos.

El marco conceptual de la mejora de la inclusión social de las familias con menores en situaciones de vulnerabilidad se basa en entender la exclusión social como fenómeno multidimensional (Alguacil Gómez, 2012). Esto implica reconocer una serie de circunstancias desfavorables, como la falta de acceso a recursos económicos, educativos, sanitarios, vivienda adecuada o redes de apoyo comunitario, que están estrechamente relacionadas entre sí (Subirats et al., 2005). Por tanto, abordar este problema requiere de un enfoque que combine políticas que promuevan la integración con la asistencia individualizada y versátil.

Dada la multitud de temas abordados en relación con la pobreza infantil y la inclusión social, la evidencia empírica en el uso de RCT se extiende desde intervenciones puramente económicas hasta aquellas dirigidas a la inserción laboral y social de las familias. 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 en Canadá (Milligan y Stabile, 2011), y Finlandia (Määttä et al., 2015). Otras intervenciones asociadas al pago de almuerzos escolares también encontraron, además de reducir la inseguridad alimentaria, mejoras en el bienestar emocional de los niños de familias de bajos ingresos (Feely et al., 2020).

Desde el punto de vista laboral, destacan los RCT llevados a cabo en Colombia (Attanasio et al., 2008) y República Dominicana (Ibarraran et al., 2014; Card et al., 2007), donde se demuestra la importancia de la formación laboral para mejorar el empleo, los ingresos y la estabilidad laboral, especialmente en familias con reducido nivel educativo. A nivel social, el estudio de Negrão et al. (2014) en Portugal se centró en enseñar habilidades de crianza en familias que viven en situación de pobreza, con resultados muy positivos sobre el bienestar familiar gracias a mejoras en las habilidades parentales y de comunicación entre padres e hijos. Noble et al. (2021) evalúa los efectos de una intervención que incluye, además de transferencias económicas, servicios de apoyo a la crianza y acceso a recursos comunitarios, también con resultados muy positivos a la hora de reducir la pobreza y mejorar la estabilidad financiera, el desarrollo infantil y el bienestar familiar.

Existe literatura que documenta la efectividad de intervenciones sociales (Singla, Kumbakumba y Aboud, 2015), educativas (Guryan et al. 2023) y laborales (Altmann et al. 2018) que ayudan a mejorar el bienestar de las familias. El proyecto sintoniza plenamente con avances innovadores y valora positivamente la evolución hacia prácticas profesionales donde se promueve un apoyo familiar de calidad y, considerado como un derecho básico de la infancia y adolescencia (Dolan, Žegarac y Arsić, 2020).

También se dispone de evidencia sobre el impacto de programas de visitas a domicilio sobre los menores. Así, por ejemplo, Peacock et al. (2013) a través de una revisión sistemática de la literatura de RCT en los EE. UU., encuentra mejoras significativas en determinadas áreas, como el desarrollo cognitivo, el peso o la prevención del abuso infantil; Gaylor y Spiker (2012) enfatiza la necesidad de un enfoque integral que atienda a las múltiples necesidades de las familias; y Heckman and Zhou (2020) analiza un programa específico implementado en la China rural, que logra mejoras sustanciales en habilidades de lenguaje, cognitivas, motrices y socioemocionales.

Finalmente, existe evidencia sobre el efecto de los programas de parentalidad positiva. En este sentido, Rodrigo (2016) presenta una introducción al análisis de este tipo de programas; Rodrigo, Almeida y Richle (2016) contiene una panorámica de su diseño, implementación y evaluación; Rodrigo, Byrne y Álvarez (2017) circunscriben el análisis al ámbito de España; y Álvarez, Byrne y Rodrigo (2021) presenta los resultados de la evaluación sobre una muestra de 256 progenitores en tres comunidades autónomas, con efectos significativos sobre la empatía, la satisfacción parental o la percepción que se tiene sobre el/la menor.

## 2.2 Población objetivo y ámbito territorial

Los ámbitos de intervención principales son: laboral, cuidados y acompañamiento social. El colectivo destinatario del proyecto son familias en situación de vulnerabilidad social residentes en el municipio de Madrid, con al menos un hijo/a menor de 8 años de edad a su cargo.

## 2.3 Descripción de las intervenciones

Para poder evaluar con rigor el impacto de las intervenciones propuestas se realiza una distribución equitativa de los participantes en tres grupos: dos grupos de tratamiento y un grupo de control. Todos los grupos experimentales reciben el “Programa Sociolaboral”, destinado a mejorar la empleabilidad de las familias participantes. El grupo de tratamiento 1 (T1) recibe, además del “Programa Sociolaboral”, el “Programa Respira”, que consiste en una bolsa de horas de cuidados para los menores. El grupo de tratamiento 2 (T2) recibe, además del “Programa Sociolaboral”, el “Programa Psicoeducativo ‘Crecer Felices en Familia II’”, que consiste en una intervención psicosocial y educativa que busca mejorar la autonomía efectiva de las familias propiciando un incremento de la empleabilidad. De esta forma, los participantes del grupo de control (GC) reciben únicamente el “Programa Sociolaboral” (al igual que los de tratamiento). La **Figura 3** resume de forma esquemática las intervenciones que reciben los participantes de los distintos grupos.

Figura 3: Esquema de intervención



A continuación, se describe cada uno de los programas:

#### Programa Sociolaboral

Dirigido a todos los grupos experimentales, el “Programa Sociolaboral” consiste en una intervención base destinada a mejorar la empleabilidad de las familias participantes. Esta actuación sigue el cauce más convencional en las políticas que persiguen recuperar la autonomía de la población más vulnerable por falta de ingresos mediante el esquema formación-incremento de las competencias-empleabilidad/ocupación. La entidad encargada de implementar dicho programa es la Agencia para el Empleo del Ayuntamiento de Madrid.

Dicho programa Sociolaboral, engloba formación competencial y digital, con el objeto de reducir barreras, que conozcan el mercado laboral y puedan adquirir nuevas competencias que les permitan acceder a una actividad laboral remunerada acorde a las circunstancias de cada persona, además de adquirir un conocimiento digital para poder optar a ofertas de empleo en la red, entre otros factores.

El procedimiento implementado ha conllevado la asignación de un Técnico/a de Empleo a cada familia participante, el cual realizaba un análisis y conocimiento de la situación de cada miembro de la familia que participaba, identificando su grado de grado interés y compromiso, además de realizar un diagnóstico competencial y valoración de empleabilidad pre y post de la implementación del programa. El programa formativo consistía en 100 horas lectivas de “Emplea+” y “Viaje web” programas que desarrolla la Agencia para el Empleo del Ayuntamiento de Madrid.



### Programa Respira

El “Programa Respira”, que va dirigido únicamente al grupo de tratamiento 1, persigue aliviar el desempeño de las cargas familiares que reducen las posibilidades de conciliación familiar-laboral en estos hogares.

Este programa consiste en proporcionar tiempo de descargo a los progenitores de las familias, facilitando un espacio que pueda ser dedicado a cubrir sus propias necesidades. En concreto, se ponen a disposición de las familias 40 horas de tiempo para la supervisión física de los/as menores, permitiendo transferir el tiempo de cuidado de los/as menores a otras actividades. Estas horas estarán a disposición de los progenitores del hogar durante un periodo de cuatro meses y medio. El servicio puede ser prestado tanto dentro del domicilio familiar como fuera de este, dependiendo de la modalidad de la prestación del servicio y de las tareas a desarrollar.

Este servicio se realizaba a demanda voluntaria por parte de las familias, pudiendo elegir el momento, volumen de horas y periodicidad que se ajustara a sus necesidades. Teniendo el servicio una gran flexibilidad horaria de lunes a viernes en horario de 08 a 22h y de 08 a 15h los sábados, domingos y festivos.

### Programa Psicoeducativo ‘Crece Felices en Familia II’

Dirigido al grupo de tratamiento 2, el “Programa Psicoeducativo ‘Crece Felices en Familia II’” tiene como objetivo fortalecer las capacidades de las figuras parentales para que contribuyan al desarrollo integral de sus hijos/as, al bienestar familiar, al aumento en la autonomía del funcionamiento familiar y a la inclusión social.

Este programa consiste en dar apoyo psicoeducativo dirigido a promover las competencias parentales de padres y madres en situación de vulnerabilidad social. El programa combina la intervención grupal (20 sesiones, planificadas semanalmente) con la intervención domiciliaria (7 sesiones, planificadas semanalmente). El programa utiliza una metodología experiencial, ya validada en otros programas de educación parental, creada por el equipo de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de La Laguna y la Universidad de las Palmas de Gran Canaria. La finalidad es reforzar la relación e interacción con los hijos e hijas, establecer pautas educativas y organización de la vida diaria, favorecer los factores de protección y minimizar los factores de riesgo, y mejorar la convivencia en el hogar de las personas participantes en el programa.

El programa de apoyo familiar Crece Felices en Familia II está basado en evidencias, con base teórica, contenidos y actividades descritos y estructurados en un manual, el cual promueve una parentalidad consciente fruto de un proceso colaborativo con las familias bajo la garantía de cumplimiento de estándares de calidad. Todo ello bajo el marco científico de un enfoque ecológico-sistémico del desarrollo de la infancia, además del enfoque de parentalidad positiva como se detalla en el **Informe Científico de Resultados** de la Universidades de las Palmas de Gran Canaria y la Universidad de la Laguna.

## 3 Diseño de la evaluación

### 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 teoría del cambio de este proyecto parte de la identificación, por parte del Ayuntamiento de Madrid, de los obstáculos y dificultades para la inclusión social y laboral de las familias más vulnerables derivados de la parentalidad y del cuidado de los hijos e hijas. La situación de vulnerabilidad de las familias con menores a cargo con pocos recursos de Madrid hace que la recuperación de la autonomía de las personas adultas que forman parte de estas familias sea muy complicada o incluso imposible. Estas familias necesitan recursos que les permitan mejorar su predisposición o preparación para ser autónomos, así como tiempo y herramientas para gestionar la crianza de sus hijos. Esta necesidad o problemática define las distintas áreas de actuación del proyecto y las actividades asociadas a cada uno de los programas que conforman los dos tratamientos señalados en la sección previa.

Para abordar esta situación, se proponen una serie de acciones (insumos o actividades), que constituyen los recursos y acciones que se requieren para generar los productos del programa. En particular, en el marco del “Programa Respira” un conjunto de horas de descargo familiar; por su parte, en el “Programa Psicoeducativo ‘Crecer felices en Familia II’” actividades de apoyo socioemocional (convivencia en el hogar) y estrategias de parentalidad positiva para la crianza.

Como consecuencia de las actuaciones anteriormente descritas, se prevé la obtención de una serie de productos. Es decir, como resultado directo de las actividades programadas en el tratamiento 1, se espera que los adultos dispongan de más tiempo libre y que los menores estén atendidos. Como productos del “Programa Psicoeducativo ‘Crecer felices en Familia II’”, se prevé que los adultos se formen en competencias parentales, que los hogares estén atendidos en sus problemas socioemocionales y, además, que se conozca a otras familias.

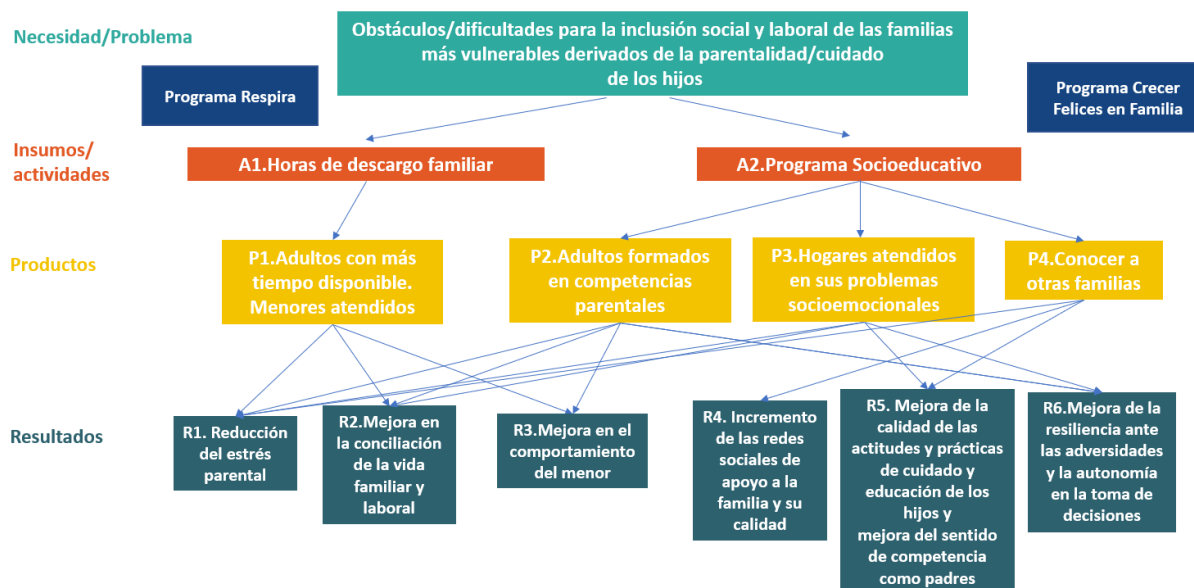
El desarrollo del proyecto posibilita la consecución de resultados finales<sup>16</sup> (cambios finales que se desea conseguir), diferentes para cada uno de los programas. En el primer caso, una reducción del estrés de la vida diaria, una mejora en la conciliación de la vida familiar y laboral y una mejora del comportamiento de los menores. En el segundo, la mejora de la calidad de las actitudes y de las prácticas de cuidado y educación de los hijos e hijas y del sentido de competencia como padres y madres, en la conciliación de la vida familiar y laboral, de la resiliencia ante las adversidades y la autonomía en la toma de decisiones y del comportamiento de los menores, así como una reducción del estrés parental motivado por la tarea de cuidado y educación y un incremento de las redes sociales de apoyo a la familia y su calidad.

En la **Figura 4** se ilustra ambas secuencias causales de acciones. En cada caso, el esquema está iniciado por las actividades y recursos necesarios para poder obtener los cambios esperados en los participantes. Para ello, cada fase abarca una serie de componentes que hacen posible estos cambios y que vienen determinados por las actuaciones llevadas a cabo en la fase anterior.

---

<sup>16</sup> En este proyecto no se plantean lo que, en el planteamiento general de una Teoría del Cambio, se denominan “resultados intermedios”, englobándose todos los resultados como finales.

Figura 4: Teoría del Cambio



### 3.2 Hipótesis

La hipótesis de partida de este proyecto es que las familias en situación de vulnerabilidad con personas menores a cargo podrían incrementar su nivel de bienestar y recuperar su autonomía con más facilidad y/o rapidez cuando se les proporciona apoyo familiar durante un tiempo en el cuidado y la educación de sus hijos/as.

A continuación, se exponen las hipótesis a contrastar:

#### Reducción del estrés parental

La hipótesis principal a contrastar en este ámbito es si cualquiera de los dos tratamientos reduce el estrés parental autopercebido, frente al programa sociolaboral tradicional. Asimismo, como hipótesis secundaria, se plantea si el tratamiento reduce el nivel de precariedad económica autopercebida.

#### Mejora de la conciliación entre la vida laboral y familiar

En relación con la conciliación entre la vida laboral y familiar, la hipótesis principal postula que cualquiera de los dos tratamientos reduce el nivel de conflicto en la conciliación familia-trabajo. Como hipótesis secundaria, se prevé contrastar si alguna de las dos intervenciones mejora el clima familiar.

#### Mejora del comportamiento del menor

En relación con la mejora del comportamiento del menor, la hipótesis principal es que los tratamientos mejoran la conducta de los menores.

#### Incremento de las redes sociales de apoyo a la familia y su calidad

La hipótesis principal a contrastar en este ámbito es si el tratamiento psicoeducativo aumenta el apoyo social recibido. Por su parte, la hipótesis secundaria considera que el tratamiento, frente al programa tradicional sociolaboral, reduce los obstáculos auto percibidos por la familia en relación con la búsqueda de apoyo social y personal.

#### Mejora de la calidad de las actitudes y prácticas de cuidado y educación de los hijos y mejora del sentido de competencia como padres

En este caso, se prevé contrastar dos hipótesis principales: si el tratamiento psicoeducativo mejora la calidad de las actitudes de crianza de los progenitores, y si mejora las competencias parentales.

#### Mejora de la resiliencia ante las adversidades y la autonomía en la toma de decisiones

La hipótesis principal postula que el tratamiento, frente al programa sociolaboral tradicional y al tratamiento que da horas de descargo familiar, aumenta la resiliencia del hogar.

### 3.3 Fuentes de información

Las fuentes de datos relativas a los indicadores principales se obtienen de diversos cuestionarios. En particular, se sigue una metodología cuantitativa fundamentada en los datos recopilados mediante encuestas realizadas a los participantes. Las encuestas se realizan en varios momentos temporales: julio-agosto y septiembre de 2022 (cuestionario de perfil sociodemográfico), antes del inicio del proyecto (el resto de cuestionarios) y tras finalizar los programas de intervención. Los cuestionarios de riesgo psicosocial y parte de los cuestionarios de evaluación se realizan tras la finalización de los programas de intervención y los de precariedad económica, conciliación sociolaboral y parte de los cuestionarios de evaluación se recogen dos meses después de la finalización de la intervención.

El Ayuntamiento de Madrid es responsable de recopilar toda la información. Para la recogida de datos se han empleado los siguientes cuestionarios de evaluación ad-hoc:

- **Cuestionario de perfil sociodemográfico.** Este cuestionario recoge información sobre el adulto principal (titular de la familia), el adulto conviviente (pareja del adulto principal, en su caso) y los hijos convivientes con el adulto principal<sup>17</sup>. Para el adulto principal y el conviviente, se solicita información sobre el género, país de origen, año de nacimiento, nivel educativo, estado civil, situación laboral, tipo de vivienda, si se ha acudido a servicios sociales y (en su caso) el tipo, y si se convive con la pareja. Respecto a los hijos convivientes, se pregunta por el número de hijos, la edad del menor que va a participar en el programa, el número de hijos por banda de edad, el número de hijos por género, y quiénes conviven en la unidad familiar con los hijos.

<sup>17</sup> Se hace referencia a los hijos que conviven con el adulto principal (con custodia total o compartida). Se incluyen nietos y otras personas cuando se tiene la custodia de los mismos y no se incluyen los hijos que residen en el extranjero.

- **Cuestionario de riesgo psicosocial (biparental).** Se trata de un cuestionario basado en el Protocolo de Evaluación del Riesgo Psicosocial de Rodríguez et al. (2006)<sup>18</sup>. Consiste en una serie de ítems, agrupados por temas: organización familiar, historia personal y características del padre o cuidador, historia personal y características de la madre o cuidadora, características del microsistema familiar, pautas educativas de riesgo, redes de apoyo y adaptación del hijo/a.
- **Cuestionario de riesgo psicosocial (monoparental).** Similar al cuestionario biparental, pero para familias monoparentales.
- **Cuestionario de precariedad económica.** Se trata de un cuestionario basado en el *Economic Hardship Questionnaire* de Lempers et al. (1989), en su versión española<sup>19</sup>. Se pregunta la frecuencia con la que las personas o las familias han realizado determinadas acciones (reducir gastos de ocio o tiempo libre, aplazado compras grandes para la casa o ir a comprar ropa, cambiado hábitos de transporte, la forma de comprar comida o los hábitos alimentarios para ahorrar dinero, etc.) en los últimos dos años. Asimismo, se pregunta por el cambio en los ingresos familiares en los últimos dos años y por la valoración de la situación económica de la familia en el momento de la entrevista.
- **Cuestionario de conciliación sociolaboral.** Se trata de una versión abreviada de *The Spanish Work-Family Conflict Scale (SP-WFCS)*, en su versión española<sup>20</sup>. Recoge el grado de acuerdo con una serie de afirmaciones sobre conflictos en la conciliación entre la vida familiar y la vida laboral (presión temporal, presión emocional y presión conductual), tanto del trabajo a la familia como de la familia al trabajo.
- **Cuestionarios de evaluación.** Este cuestionario recoge información sobre diversas temáticas: desarrollo del/a niño/a acorde a su edad (grado en que ha conseguido hacer determinadas acciones y adecuación del desarrollo a su edad, en función de esta, desde 2 meses hasta 8 años), valoración de la capacidad de ser padre o madre (se recoge al finalizar la intervención), actitudes sobre la educación de los/as hijos/as (se recoge al finalizar la intervención), apoyo personal y social para la resolución de problemas (tanto con alguno de los hijos e hijas como personales, así como razones para no pedir ayuda, se recoge al finalizar la intervención), frecuencia con la que se dispone de distintos tipos de apoyo cuando es necesario (se recoge al finalizar la intervención), estrés relacionado con la paternidad o maternidad (se recoge al

<sup>18</sup> Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M. J., Martín Quintana, J. C., y Máiquez, M. L. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales. *Psicothema*, 18(2), 200-206.

<sup>19</sup> Lempers, J.D., Clark-Lempers, D., y Simone, R.L. (1989). Economic hardship, parenting and distress in adolescence. *Child Development*, 60, 25-39. Su versión española: Ayala-Nunes, L., Jiménez, L., Jesus, S. et al. Social Support, Economic Hardship and Psychological Distress in Spanish and Portuguese At-Risk Families. *J Child Fam Stud* 27, 176–186 (2018).

<sup>20</sup> Versión original: Carlson, D. S., Kacmar, K. M., y Williams, L. J. (2000). Construction and initial validation of a multidimensional measure of work–family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 56(2), 249–276. Versión abreviada: Matthews, R. A., Kath, L. M., y Barnes-Farrell, J. L. (2010). A short, valid, predictive measure of work–family conflict: Item selection and scale validation. *Journal of occupational health psychology*, 15(1), 75. Versión española: Versión española: Pujol-Cols, L. (2021). Development and validation of the Spanish work-family conflict scale (SP-WFCS): evidence from two independent samples in Argentina. *Current Psychology*, 40(9), 4189-4204.

finalizar la intervención), relaciones en la familia (se recoge 2 meses después de finalizar la intervención) y resistencia ante los problemas (se recoge 2 meses después de finalizar la intervención).

### 3.4 Indicadores

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

#### Reducción del estrés parental

Para comprobar las hipótesis relativas al estrés parental se emplean los siguientes indicadores:

**Nivel de estrés parental autopercebido.** Indicador sintético a partir del nivel de estrés parental autopercebido, calculado utilizando las 36 variables que corresponden con todos los ítems del Índice de Estrés Parental, como la media normalizada de las variables implicadas. Toma valores entre 0 (nivel máximo de estrés) y 1 (nivel mínimo de estrés).

**Nivel de precariedad económica autopercebida.** Indicador sintético a partir del nivel de precariedad económica percibido por la familia, calculado como la media normalizada de las variables implicadas. Toma valores entre 0 (máxima precariedad económica) y 1 (precariedad económica mínima). Esta información es recogida en POST2.

#### Mejora de la conciliación entre la vida laboral y familiar

La comprobación de las hipótesis sobre conciliación entre la vida laboral y familiar se basa en dos indicadores obtenidos en POST2:

**Nivel de conflicto en la conciliación familia-trabajo.** Indicador sintético a partir del nivel de conflicto entre vida familiar y laboral autopercebido, calculado utilizando las 6 variables que se registran a través de la Escala de Conflictos en la Conciliación Familiar y Laboral (SP-WFCS) como la media normalizada de las variables implicadas. Toma valores entre 0 (nivel mínimo de conciliación) y 1 (nivel máximo de conciliación).

**Nivel de cohesión y adaptabilidad.** Indicador sintético a partir de la descripción que la familia hace del clima familiar, calculado como la media normalizada de las variables implicadas. Toma valores entre 0 (nivel mínimo de cohesión) y 1 (nivel máximo de cohesión).

#### Mejora del comportamiento del menor

Para contrastar la hipótesis sobre comportamiento del menor se emplea un indicador.

**Nivel de conducta del menor.** Indicador sintético a partir de la percepción de mejora del comportamiento del menor, calculado como la media de las 12 variables implicadas. Toma valores entre 0 (nivel mínimo de mejora de conducta) y 1 (nivel máximo).

#### Incremento de las redes sociales de apoyo a la familia y su calidad

Para contrastar la hipótesis sobre redes sociales de apoyo a la familia se emplean diversos indicadores.

**Calidad de la red social autopercebida.** Indicador sintético a partir del apoyo social percibido, calculado como la media normalizada de las variables implicadas. Toma valores entre 0 (nivel mínimo de calidad de apoyos) y 1 (nivel máximo).

**Número de apoyos informales.** Indicador sintético a partir del número de apoyos informales que la familia refiere tener, calculado como la suma de las variables implicadas.

**Valoración de sus apoyos informales.** Indicador sintético a partir de la valoración que la familia hace sobre sus apoyos informales, calculado como la media de las variables implicadas. Este indicador tiene la particularidad de que únicamente vendrá calculado para aquellos participantes que reciben ciertos apoyos en concreto de una serie de familiares y conocidos, por lo que el número de observaciones puede ser notablemente menor que en otros indicadores. Toma valores entre 1 (mínima valoración) y 5 (máxima valoración).

**Número de apoyos formales.** Indicador sintético a partir del número de apoyos formales que la familia refiere tener, calculado como la suma de las variables implicadas.

**Valoración de sus apoyos formales.** Indicador sintético a partir de la valoración que la familia hace sobre sus apoyos formales, calculado como la media de las variables implicadas. Este indicador tiene la misma particularidad que el indicador de Valoración de apoyos informales, puesto que en este caso el indicador viene calculado para aquellos participantes que reciben ciertos apoyos en concreto de una serie de instituciones, por lo que el número de observaciones puede ser notablemente menor que en el resto de indicadores. Toma valores entre 1 (mínima valoración) y 5 (máxima valoración).

**Número de motivos para no buscar apoyos.** Indicador sintético a partir del número de motivos que aducen las familias para no pedir ayuda tanto a redes formales como informales, calculado como la suma de las variables implicadas. Toma valores entre 1 y 14.

### Mejora de la calidad de las actitudes y prácticas de cuidado y educación de los hijos y mejora del sentido de competencia como padres

La comprobación de las hipótesis sobre esta temática se basa en dos indicadores.

**Calidad de las actitudes parentales.** Indicador sintético a partir de las actitudes de crianza de los progenitores, calculado utilizando las 40 variables de prácticas educativas que se obtienen del Inventario de Parentalidad Adulto-Adolescente (AAPI 2) como la media normalizada de las variables implicadas. Toma valores entre 0 (mínima puntuación de calidad) y 1 (máxima puntuación).

**Nivel de competencia parental.** Indicador sintético a partir del nivel de competencia parental percibido por la familia, calculado como la media normalizada de las 16 variables implicadas. Toma valores entre 0 (nivel mínimo de competencia parental) y 1 (nivel máximo).

### Mejora de la resiliencia ante las adversidades y autonomía en la toma de decisiones



Para comprobar la hipótesis sobre resiliencia ante las adversidades y autonomía en la toma de decisiones se emplea un indicador recogido en POST2:

**Nivel de resiliencia.** Indicador sintético a partir del nivel de resiliencia autopercebida, calculado utilizando las 10 variables que proceden de las preguntas que se han formulado a partir de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC 10) como la media normalizada de las variables implicadas. Toma valores entre 0 (nivel mínimo de resiliencia) y 1 (nivel máximo).

### 3.5 Diseño del experimento

Para evaluar el impacto de las intervenciones en los indicadores mencionados, se emplea una evaluación experimental (RCT), donde los participantes son asignados aleatoriamente a los grupos de tratamiento y al grupo de control. En este proyecto, el grupo de control no es puro, en la medida en la que los tres grupos experimentales reciben una intervención base destinada a mejorar sus niveles de empleabilidad y ocupabilidad<sup>21</sup>.

A continuación, se describe detalladamente el proceso de reclutamiento y selección de los beneficiarios de la intervención, junto con la asignación aleatoria y el cronograma del experimento.

#### Captación de los beneficiarios de la intervención

La población de familias potencialmente beneficiarias del proyecto se conforma a partir de unidades de convivencia residentes en el municipio de Madrid, con al menos un/a hijo/a menor de 8 años a su cargo (a fecha 1 de septiembre de 2022) y en situación de vulnerabilidad<sup>22</sup>.

El Ayuntamiento de Madrid es el encargado de contactar con las personas participantes. En un primer momento, se envía una carta a las familias seleccionadas a participar. Además, y a partir de cierto momento del proceso de captación, este es el primer paso en el contacto, se realiza una llamada telefónica por técnicos municipales (trabajadores sociales, psicólogos o educadores sociales) con información básica del proyecto, ofreciendo una cita para explicar los procedimientos propios de este, sus beneficios y las características de todas las intervenciones. Las citas se producen siempre en alguno de los centros de servicios sociales municipales del Ayuntamiento de Madrid.

Se realiza una segunda reunión con las familias con el objeto de recopilar información a través de cuestionarios estandarizados, cuyo resultado aporta información sobre características de la muestra, siendo variables que no se verán afectadas debido a la intervención, y son el Cuestionario de Perfil Sociodemográfico y el Cuestionario de Evaluación de Riesgo psicosocial.

<sup>21</sup> Para el grupo de control esta será la única intervención.

<sup>22</sup> Para obtener esta población se ha partido de las familias dadas de alta en la base de datos de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid (CIVIS) en mayo de 2022 y que han recibido algún tipo de ayuda-actuación en los últimos dos años. Dentro de estas familias, algunas de ellas han accedido al servicio de Tarjeta Familias. Esta información se ha cruzado con las familias que cumplen los requisitos de entrada al programa y que a fecha abril de 2022 son beneficiarias del Ingreso Mínimo Vital.

Una vez realizado estos contactos con los candidatos y explicado en detalle el proyecto, las unidades familiares que aportan su consentimiento informado a participar en el proyecto piloto pasan a definir la muestra del estudio.

### Consentimiento informado

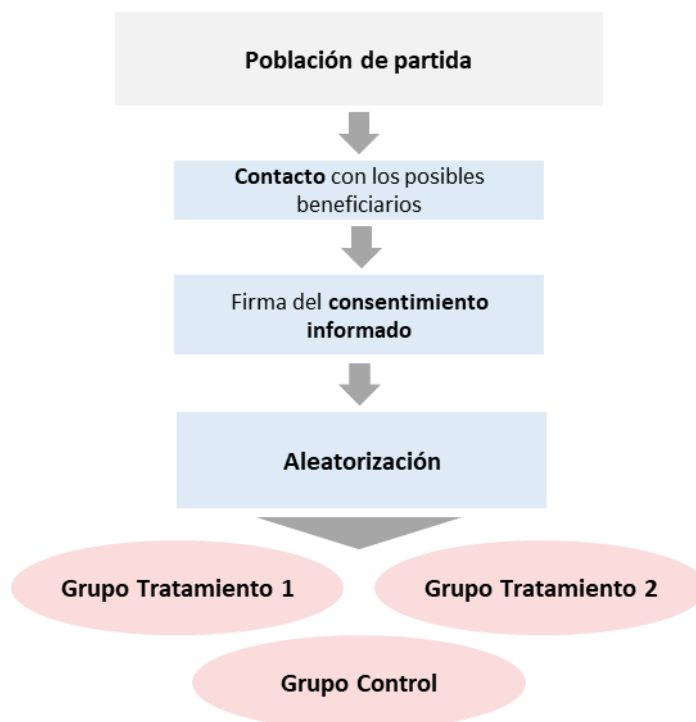
Uno de los principios éticos fundamentales de la investigación con seres humanos (respeto a las personas) requiere que los participantes del estudio sean informados sobre la investigación y den su consentimiento para ser incluidos en el estudio. El consentimiento informado se realiza habitualmente como 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

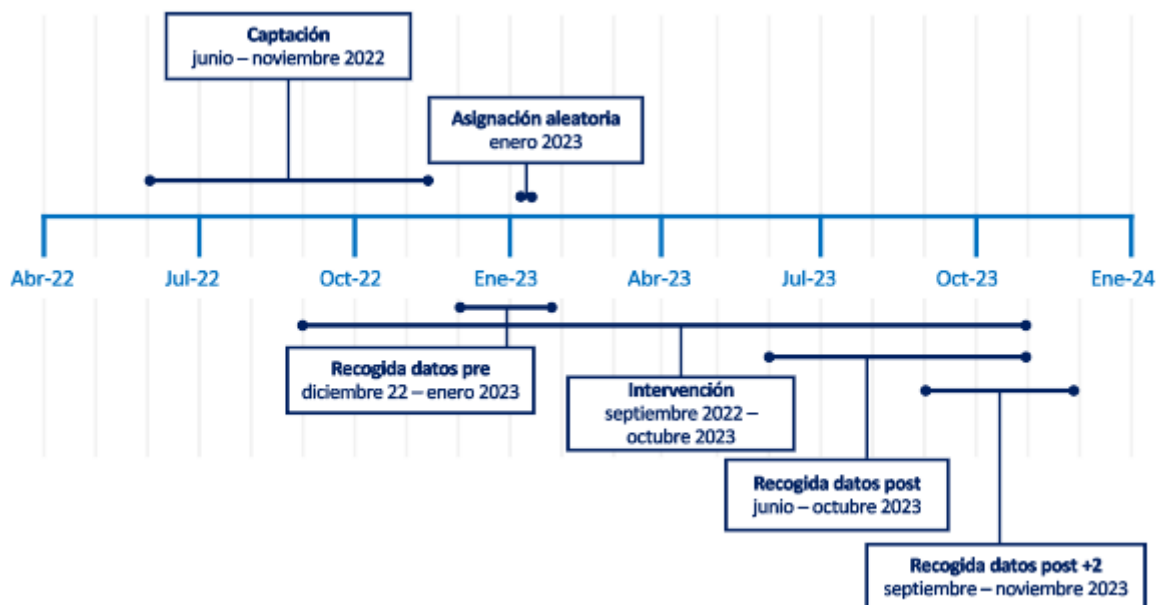
Concluido el proceso de captación, se realiza el proceso de asignación de los participantes a los distintos grupos experimentales. La asignación a cada grupo de tratamiento y al grupo de control se ha realizado de forma aleatoria a partir de todas las familias que han firmado el consentimiento informado. En este sentido, se ha garantizado que los tres grupos estén suficientemente equilibrados por medio de una estratificación por algunas características del hogar que tienen que ver con su relación con los servicios sociales y los indicadores de impacto medidos antes del inicio del experimento. Específicamente, estas variables son: tipo de hogar (monoparental/no monoparental), antigüedad en el registro de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid (anterior a 2018 y 2018 o posterior), zona de residencia (en distritos de la zona norte o la zona sur de Madrid) y nivel de riesgo psicosocial (bajo, medio y alto). En conjunto, este proceso produce 24 estratos.

Figura 5: Diseño de la muestra



Finalmente, la **Figura 6** muestra el marco temporal en el que se desarrolla la implementación y evaluación. La captación tiene lugar entre los meses de junio y noviembre de 2022. Los participantes cumplimentan las encuestas de línea de base entre noviembre y enero de 2023. En el mes de enero de 2023, se realiza la asignación aleatoria de los participantes que cumplen los criterios y que han firmado el consentimiento informado y están interesados en participar. El desarrollo del itinerario o intervención se extiende desde el mes de septiembre de 2022 a octubre de 2023. Finalmente, la recogida de los datos post (encuesta de línea final) se llevó a cabo entre junio y octubre de 2023, según el grupo de intervención. La recogida de datos dos meses después de la intervención se realizó entre septiembre y noviembre de 2023, también en función de los grupos de intervención.

Figura 6: 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 logísticos relevantes para contextualizar los resultados de la evaluación.

### 4.1 Descripción de la muestra

Del total de la población de familias potenciales beneficiarias, y dado que el número de familias potencialmente beneficiarias es bastante más elevado que el número de posibles participantes del programa, se ha extraído una muestra mediante un muestreo estratificado con afijación proporcional por tipo de hogar (monoparental y resto de familias con hijos/as). Una parte de los hogares están dados de alta en la base de datos de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid (CIVIS) y perciben el IMV, otra parte percibe el IMV y no consta en CIVIS y el resto constan en CIVIS-Tarjeta Familias y no perciben el IMV, de manera que se alcanza un porcentaje muy elevado de beneficiarios de ambos sistemas (IMV y Servicios Sociales del Ayuntamiento), pero teniendo también representación de otros dos colectivos.

El colectivo inicial ha sido de 2.871 familias, que se ha ido ampliando hasta 6.911 familias, debido a causas como no haber podido ser contactadas o rechazo en la participación en el programa. El proceso de reclutamiento, desde la muestra total hasta el número de consentimientos firmados (excluyendo los desistimientos tras la firma) se muestra en la **Tabla 1**.

**Tabla 1: Proceso de reclutamiento**

	Número de familias
Muestra total	6.911
Contactadas telefónicamente	5.473
Citas agendadas	3.876
Acuden a cita	2.343
Firman consentimiento	1.846
Desistimientos tras firma	295
Consentimientos firmados finales	1.525 <sup>23</sup>

**Características de la muestra final de la evaluación.**

La **Tabla 2** muestra los estadísticos descriptivos de las distintas variables tomadas en la línea de base. En ella se muestran las variables de estratificación enumeradas anteriormente, el tipo de hogar en función de lo recogido en las encuestas de línea base que es ligeramente diferente al recogido en los registros, el número de hijos y los indicadores de resultados. Para cada una de las variables, se muestra la media, la desviación típica, los valores mínimo y máximo y el número de observaciones.

Como puede observarse en el primer panel de la **Tabla 2**, el 70% de las familias viven en la zona sur de Madrid, el 43% son hogares monoparentales y un 41% llevan en el registro de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid desde antes de 2018. Por otro lado, un 72% de las familias de la muestra presentan un riesgo psicosocial bajo, frente a un 11% que presenten un riesgo psicosocial alto. De media, las familias presentan 2,11 hijos, con un mínimo de 1 y un máximo de 6.

Respecto a los indicadores de resultados, el número medio de apoyos informales es superior al de apoyos formales (3,43 y 2,29, respectivamente), y su valoración es algo superior en los informales (3,78 y 3,41 respectivamente). Además, de media, las familias señalan 2,95 motivos para no pedir ayuda. Finalmente, se presentan los descriptivos del resto de los indicadores de impacto que han sido normalizados y toman valores entre 0 y 1: nivel de estrés (0,32 de media), nivel de precariedad económica (0,59 de media), nivel de conflicto en la conciliación familia-trabajo (0,46 de media), nivel de cohesión y adaptabilidad (0,74 de media), calidad de la red social percibida (0,5 de media), calidad de las actitudes parentales (0,6 de media), nivel de competencia parental (0,59 de media), nivel de resiliencia (0,72 de media) y nivel de conducta del menor (0,31 de media).

**Tabla 2: Estadísticas descriptivas de la muestra**

Variable	Desv.			Observaciones
	Media	Típica	Mínimo Máximo	
<b>Variables de estratificación</b>				
Zona norte	0,30	0,46	0 1	1525

<sup>23</sup> 26 de estas familias no pertenecían a ninguno de los colectivos previstos como población de potenciales beneficiarios, por lo que no son asignados a ningún grupo de tratamiento.

Zona sur	0,70	0,46	0	1	1525
Tipo de hogar – monoparental (registro)	0,43	0,50	0	1	1525
Tipo de hogar - no monoparental (registro)	0,57	0,50	0	1	1525
Tipo de hogar - monoparental (cuestionario)	0,45	0,50	0	1	1525
Tipo de hogar - no monoparental (cuestionario)	0,55	0,50	0	1	1525
Antigüedad en Servicios Sociales (antes de 2018)	0,41	0,49	0	1	1525
Antigüedad en Servicios Sociales (2018 y después)	0,59	0,49	0	1	1525
Riesgo psicosocial bajo	0,72	0,45	0	1	1525
Riesgo psicosocial medio	0,17	0,37	0	1	1525
Riesgo psicosocial alto	0,11	0,32	0	1	1525
<b>Variables sociodemográficas</b>					
Número de hijos	2,11	1,02	1	6	1171
<b>Indicadores de resultados</b>					
Nivel de búsqueda de apoyos (número de apoyos informales)	3,43	3,09	0	18	1173
Nivel de búsqueda de apoyos (valoración de los apoyos informales)	3,78	0,82	1	5	975
Nivel de búsqueda de apoyos (número de apoyos formales)	2,29	2,25	0	15	1173
Nivel de búsqueda de apoyos (valoración de los apoyos formales)	3,41	0,92	1	5	879
Nivel de búsqueda de apoyos (motivos para no pedir ayuda)	2,95	2,58	0	14	1173
Nivel de estrés	0,32	0,15	0	1	1173
Nivel de precariedad económica	0,59	0,19	0,06	1	1173
Nivel de conflicto en la conciliación familia-trabajo	0,46	0,23	0	1	1026
Nivel de cohesión y adaptabilidad	0,74	0,17	0	1	1173
Calidad de la red social percibida	0,50	0,27	0	1	1173
Calidad de las actitudes parentales	0,60	0,11	0,15	0,91	1173
Nivel de competencia parental	0,59	0,12	0,17	1	1173
Nivel de resiliencia	0,72	0,19	0	1	1173
Nivel de conducta del menor	0,31	0,17	0	1	1173

## 4.2 Resultados de la asignación aleatoria

Una vez definida la muestra se procede a la asignación aleatoria de los participantes. Como se ha mencionado, el proceso de asignación incluye el proceso de estratificación de acuerdo con las variables de tipo de familia, antigüedad en el registro de servicios sociales del Ayuntamiento de Madrid, residencia y nivel de riesgo psicosocial, creando un total de 24 estratos.

La **Tabla 3** 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<sup>24</sup>.

**Tabla 3: Resultado de la asignación aleatoria**

	Zona norte	Zona sur	Total
Tratamiento 1	166	334	<b>500</b>
Tratamiento 2	145	355	<b>500</b>
Grupo de control	154	371	<b>525</b>
<b>Total</b>	<b>465</b>	<b>1.060</b>	<b>1.525</b>

Dado que se consiguieron 25 familias adicionales a las 1.500 previstas, se asignaron 500 familias a cada uno de los grupos de tratamiento y 525 al grupo de control. 25 familias dentro de este grupo quedaron ordenadas de forma aleatoria para servir, en caso de ser necesario, como sustitutas de posibles bajas del grupo de tratamiento psicoeducativo.

Con el objetivo de comprobar que la asignación aleatoria, explicada en la **sección 3.5**, define un grupo de control y un grupo de tratamiento estadísticamente comparables, se realiza una prueba de equilibrio donde se contrasta que, en media, las características observables de los participantes en los distintos grupos experimentales son iguales. El equilibrio entre los grupos experimentales es clave para poder inferir el efecto causal del programa mediante la comparación de sus resultados.

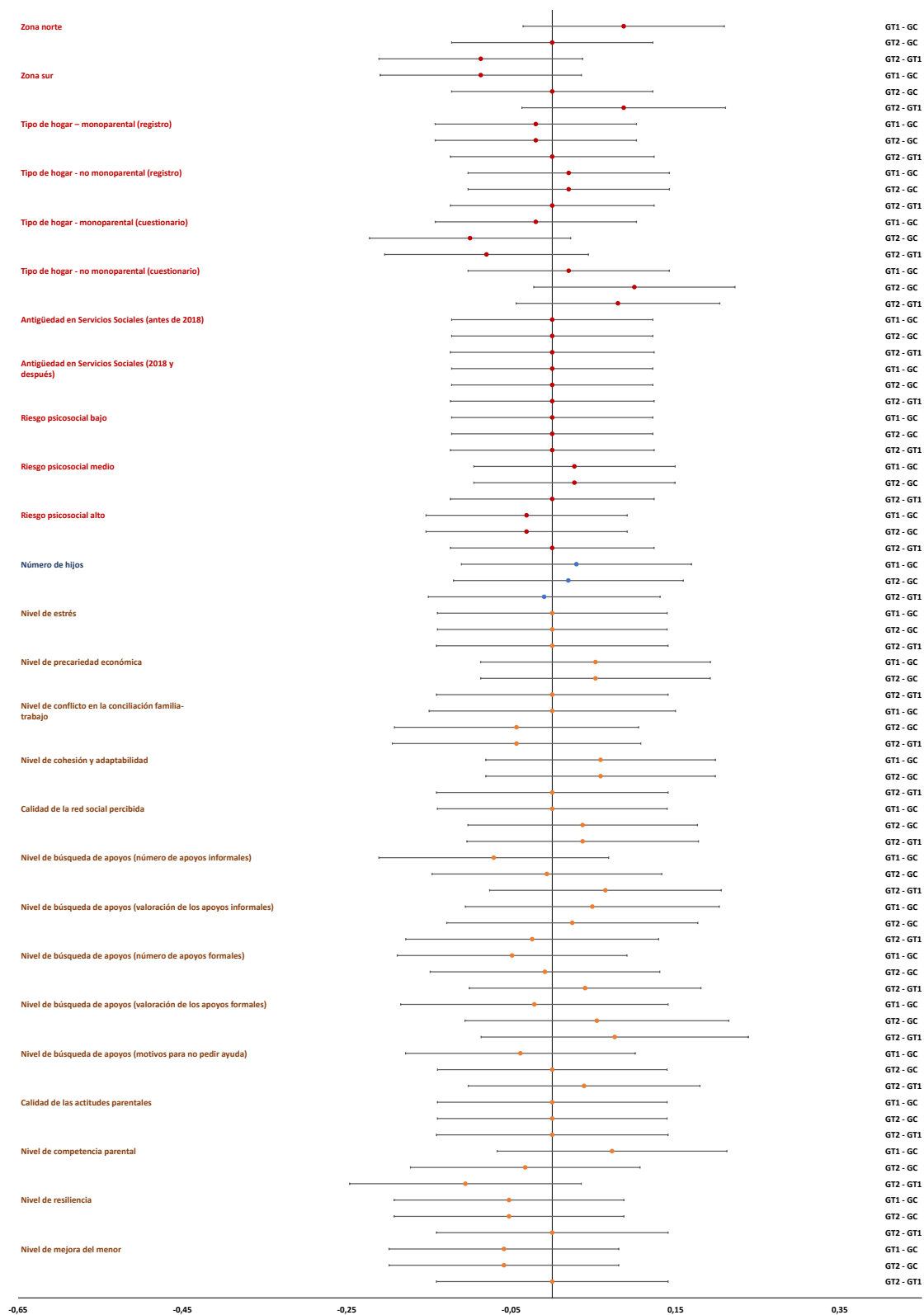
En la **Figura 7**<sup>25</sup> se muestran los resultados de los contrastes de equilibrio entre los distintos grupos experimentales. Todos los datos reflejados en esta figura se refieren a la encuesta realizada antes de la intervención (línea de base). Para cada variable observable, se representa mediante un punto la diferencia entre la media de dicha variable en cada 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 equilibrados 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 desequilibrados en esa característica.

En la **Figura 7** se observa que todas las variables incluidas en el esquema de evaluación como posibles variables de control salen equilibradas en la línea de base por grupos de tratamiento (tratamiento 1 vs. grupo de control, tratamiento 2 vs. grupo de control y tratamiento 2 vs. tratamiento 1).

<sup>24</sup> En el apéndice se muestra la tabla completa. La asignación se hizo considerando T1 como el programa psicoeducativo y T2 como el programa de horas de descarga, sin embargo, finalmente se utilizaron de manera inversa. Dado que la asignación era aleatoria y el cambio se produjo al inicio de la intervención, no afecta al diseño previsto del experimento.

<sup>25</sup> Véase la **Tabla 21** en el Apéndice relativa al **Equilibrio entre los grupos experimentales**, para el detalle de los resultados de las pruebas de equilibrio.

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





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

### 4.3 Grado de participación y desgaste por grupos

El grupo firmante del consentimiento informado 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

Los indicadores de participación en el programa sociolaboral indican que el porcentaje de participación total en este programa ha sido del 21% de las familias. Un 3% de las familias ha participado en el programa “Emplea+” o el programa “Viaje web” (en uno de los 2 programas, lo que aparece indicado en la tabla como intensidad baja), mientras que el 18% ha participado en ambos (intensidad alta). Es decir, que en el programa sociolaboral ha habido una reducida participación, aunque para las familias que han participado, ésta ha sido de intensidad alta.

**Tabla 4: Proporción de familias participantes en el Programa Sociolaboral**

Grupo tratado	Intensidad nula	Intensidad baja (Emplea + o Viaje Web)	Intensidad alta (Emplea + y Viaje Web)
Grupo de control	77%	3%	20%
Tratamiento 1	79%	3%	19%
Tratamiento 2	83%	3%	14%
<b>Total</b>	<b>79%</b>	<b>3%</b>	<b>18%</b>

Nota: La participación en uno de los dos programas (“Emplea +” o “Viaje Web”) se considera “intensidad baja”; la participación en ambos programas se considera “intensidad alta”.

Respecto a los programas implementados en el marco de los grupos de tratamiento (“Programa Respira” y “Programa Psicoeducativo ‘Crecer Felices en Familia II’”, con sesiones grupales y domiciliarias), los porcentajes de participación han sido del 20%, el 48% y el 27%, respectivamente. Por su parte, un 11%, un 12% y un 23% de las familias han tenido una intensidad alta en cada uno de los programas. Es decir, ha habido poca participación en términos generales, aunque ésta ha sido de intensidad alta en el caso de las sesiones domiciliarias.

**Tabla 5: Proporción de familias participantes en los grupos de tratamiento**

Grupo tratado	Tipo de tratamiento	Intensidad nula	Intensidad baja	Intensidad media	Intensidad alta
Tratamiento 1	Programa Respira	80%	5%	3%	11%
Tratamiento 2	Crecer Felices en Familia (sesiones grupales)	52%	20%	16%	12%
	Crecer Felices en Familia (sesiones domiciliarias)	73%	3%	2%	23%

Nota: en el "Programa Respira" se considera "intensidad baja" el uso de menos de 15 horas, "intensidad media" el uso de entre 15 y 30 horas e "intensidad alta" el uso de entre 30 y 40 horas; en el "Programa Psicoeducativo 'Crecer Felices en Familia'" (sesiones grupales), respectivamente, la asistencia a menos de 7 sesiones, entre 7 y 14 sesiones y entre 14 y 21 sesiones; respecto a las sesiones domiciliarias, 1 o 2 visitas, 3 a 5 visitas y 6 o 7 visitas, respectivamente.

### Desgaste por grupos

La **Tabla 6** presenta, de manera detallada, el número de familias que se han dado de baja según grupo de asignación, momento de la baja y motivo. En total, 560 familias (un 37% del total) se han dado de baja en algún momento del proyecto. En particular, 352 familias (un 23%) se dieron de baja al inicio, antes de cumplimentar la encuesta de línea de base, mientras que 66 (un 4%) lo hicieron en la fase de conformidad de grupo y 142 (un 9%) en la fase de intervención. Por otro lado, un análisis por grupos de asignación permite comprobar que el porcentaje de bajas ha sido relativamente similar entre los tres grupos experimentales (24% en el grupo de control frente a 23% en ambos grupos de tratamiento).

**Tabla 6: Familias que se han dado de baja según grupo de asignación, momento de la baja y motivo**

Baja	Momento de la baja	Motivo de la baja	Grupo Control	Tratamiento 1	Tratamiento 2	Total
Sí	Fase PRE	Desinterés	12	7	10	29
		llocalizable	39	23	25	87
		Otro	41	38	35	114
		Situación vital	33	46	43	122
		<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>114</b>	<b>113</b>	<b>352</b>
	Fase conformidad de grupo	Desinterés	0	0	1	1
		Disconforme grupo asignado	6	1	5	12
		llocalizable	19	10	7	36
		Otro	2	0	2	4
		Situación vital	2	3	8	13
		<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>66</b>
	Fase intervención	Desinterés	1	0	1	2
		Disconforme grupo asignado	0	0	55	55
		llocalizable	0	2	7	9
		Otro	1	2	47	50
		Situación vital	0	0	26	26
		<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>136</b>	<b>142</b>

Baja	Momento de la baja	Motivo de la baja	Grupo Control	Tratamiento 1	Tratamiento 2	Total
	<b>NO</b>		369	368	228	965
	<b>TOTAL</b>		<b>525</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>1.525</b>

En relación con los grupos de asignación y los grupos finalmente tratados, tal y como estaba previsto, cuando se produjeron bajas en el grupo de tratamiento 2 durante las dos primeras semanas desde el inicio de la intervención, se utilizaron 11 familias asignadas al grupo de control como posibles sustitutas.

Todas las familias que han participado en las intervenciones lo han hecho en el grupo que les correspondía. Respecto a la disponibilidad de los datos, 1.173 familias disponen de datos de línea de base.

Finalmente, cabe señalar que 707 familias han cumplimentado la encuesta de línea final (el 46% del total de familias) y 528 (el 35%) la encuesta realizada 2 meses después de terminar la intervención.

**Tabla 7: Familias según grupo tratado y disponibilidad de datos (PRE=Encuesta de línea de base; POST= Primera encuesta de línea final; y POST2= Segunda encuesta de línea final)**

Grupo tratado	Datos PRE		Datos POST		Datos POST2		Total
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	
Grupo de control	125	389	257	257	343	171	<b>514</b>
Tratamiento 1	114	386	216	284	306	194	<b>500</b>
Tratamiento 2	113	398	345	166	348	163	<b>511</b>
<b>Total</b>	<b>352</b>	<b>1.173</b>	<b>818</b>	<b>707</b>	<b>997</b>	<b>528</b>	<b>1.525</b>

Por grupos se aprecian diferencias importantes: en el grupo de tratamiento 2 responde un 32% de familias, frente a una respuesta del 57% para el grupo de tratamiento 1 o el 50% en el grupo de control. Estos niveles de desgaste son bastante elevados, lo que tendrá que ser tenido en cuenta a la hora de interpretar los resultados, siendo especialmente significativo para el grupo de tratamiento 2. Esto guarda relación con las bajas ocurridas en los tratamientos, de nuevo, con mayor incidencia en el tratamiento 2.

Para evaluar si esta diferencia en la tasa de desgaste de la muestra entre los grupos experimentales es estadísticamente significativa, se estima una regresión simple de las variables binarias de encuesta no realizada para ambas encuestas de línea final, sobre la asignación a cada uno de los tratamientos.

Respecto a las tasas de desgaste del tratamiento, en la columna 1 de la **Tabla 8** se observa que el coeficiente de la variable del tratamiento 1 es -0,07, estadísticamente significativo al 5%, mientras que el del tratamiento 2 es de 0,18, significativo al 1%. Esto indica que el desgaste en el grupo de tratamiento 1 es menor 7 puntos porcentuales que en el grupo de control y en el grupo de tratamiento 2 es mayor que en el grupo de control en 18 puntos porcentuales, siendo ambas diferencias significativas. En la segunda encuesta de línea final, el desgaste es menor en 6 puntos porcentuales en el grupo de tratamiento 1 frente al grupo de control y la diferencia es significativa al 10%. La tasa de

desgaste en POST2 no es significativamente diferente en el grupo de tratamiento 2 frente al grupo de control.

**Tabla 8: Tasas de desgaste por grupos experimentales**

	Primera Encuesta final (POST)	Segunda Encuesta final (POST2)
Grupo de tratamiento 1	-0,07** (0,03)	-0,06* (0,03)
Grupo de tratamiento 2	0,18*** (0,03)	0,01 (0,03)
Observaciones	1.525	1.525

Nota: \*\*\*=.01, \*\*=.05, \*=.1. Se han utilizado errores estándar robustos.

Profundizando en la primera encuesta de línea final, la **Tabla9** muestra el desgaste en función de las variables sociodemográficas e indicadores de resultado. En las columnas 1 y 2 se muestran los coeficientes de la interacción entre las variables de tratamiento y cada variable de control obtenidos en una misma regresión donde la variable dependiente es el desgaste en la encuesta recogida en POST. En las columnas 3 y 4 se recoge la misma información relativa al desgaste en la encuesta recogida en POST2.

En términos generales, se aprecia un desgaste desigual por grupos, siendo significativa la diferencia especialmente en el grupo de tratamiento 2 respecto a los otros. Sin embargo, al analizarlo para cada una de las variables de control en la línea de base, no hay relación significativa y diferencial entre grupos de intervención entre ese desgaste y la mayoría de las características de los participantes. Sí hay relación entre el desgaste del grupo de tratamiento 2 y el riesgo psicosocial en la línea de base, de manera que los que menos han contestado tenían un riesgo bajo o medio.

En la segunda encuesta de línea final (columnas 3 y 4 de la **Tabla9**) el desgaste producido en los distintos grupos de intervención tampoco es significativamente diferente respecto a la mayoría de las variables analizadas. Sin embargo, al igual que en el caso anterior, existe mayor probabilidad de las familias a responder cuando tienen riesgo psicosocial alto y reciben el tratamiento 2, en comparación con las familias correspondientes a control. También se aprecia relación, en este caso negativa, entre el desgaste en el grupo de tratamiento 2 y el nivel de estrés (los hogares con más nivel de estrés tienen menor probabilidad de responder) y positiva con el nivel de cohesión y el nivel de resiliencia (tienen menor probabilidad de responder cuando presentan niveles de cohesión y resiliencia más altos)<sup>26</sup>.

**Tabla 9: Desgaste selectivo por observables**

<sup>26</sup> Se ha realizado un análisis de Lee-Bounds para todos los indicadores. Sin embargo, y dado el elevado porcentaje de attrition, los resultados no son concluyentes, por lo que no se incluyen en este informe.

Variable de control	Primera encuesta final (POST)		Segunda encuesta final (POST2)	
	(1)	(2)	(3)	(4)
	Grupo de tratamiento 1	Grupo de tratamiento 2	Grupo de tratamiento 1	Grupo de tratamiento 2
Tratamiento x Zona norte	0,05 (0,07)	-0,08 (0,07)	0,09 (0,07)	-0,02 (0,07)
Tratamiento x Tipo de hogar - monoparental	-0,03 (0,06)	0,11* (0,06)	-0,05 (0,06)	0,04 (0,06)
Tratamiento x Antigüedad en Servicios Sociales (antes de 2018)	-0,06 (0,06)	0,05 (0,06)	-0,05 (0,06)	0,06 (0,06)
Tratamiento x Riesgo psicosocial bajo	0,16* (0,10)	0,27*** (0,10)	0,05 (0,10)	0,19** (0,09)
Tratamiento x Riesgo psicosocial medio	0,19 (0,12)	0,39*** (0,12)	0,15 (0,12)	0,35*** (0,11)
Tratamiento x Número de hijos	0,03 (0,03)	0,06* (0,03)	0,03 (0,04)	0,04 (0,03)
Tratamiento x Nivel de estrés	-0,03 (0,23)	-0,24 (0,24)	-0,09 (0,25)	-0,42* (0,24)
Tratamiento x Nivel de precariedad económica	0,17 (0,17)	0,22 (0,18)	0,26 (0,19)	0,15 (0,19)
Tratamiento x Nivel de conflicto en la conciliación familia-trabajo	-0,14 (0,16)	0,12 (0,16)	-0,18 (0,17)	0,20 (0,17)
Tratamiento x Nivel de cohesión y adaptabilidad	-0,04 (0,20)	0,20 (0,21)	0,23 (0,21)	0,54** (0,21)
Tratamiento x Calidad de la red social percibida	-0,11 (0,12)	-0,02 (0,13)	-0,25* (0,13)	-0,03 (0,13)
Tratamiento x Nivel de búsqueda de apoyos (número de apoyos informales)	0,00 (0,01)	0,00 (0,01)	0,00 (0,01)	0,01 (0,01)
Tratamiento x Nivel de búsqueda de apoyos (valoración de los apoyos informales)	-0,01 (0,04)	-0,00 (0,05)	-0,01 (0,05)	0,01 (0,05)

Variable de control	Primera encuesta final (POST)		Segunda encuesta final (POST2)	
	(1)	(2)	(3)	(4)
	Grupo de tratamiento 1	Grupo de tratamiento 2	Grupo de tratamiento 1	Grupo de tratamiento 2
Tratamiento x Nivel de búsqueda de apoyos (número de apoyos formales)	0,02 (0,01)	0,00 (0,02)	0,01 (0,02)	-0,01 (0,02)
Tratamiento x Nivel de búsqueda de apoyos (valoración de los apoyos formales)	0,03 (0,04)	-0,02 (0,04)	-0,04 (0,04)	-0,06 (0,04)
Tratamiento x Nivel de búsqueda de apoyos (motivos para no pedir ayuda)	0,00 (0,01)	0,01 (0,01)	0,01 (0,01)	0,01 (0,01)
Tratamiento x Calidad de las actitudes parentales	-0,01 (0,29)	0,40 (0,31)	0,06 (0,31)	0,46 (0,31)
Tratamiento x Nivel de competencia parental	-0,21 (0,28)	-0,07 (0,29)	-0,14 (0,30)	0,23 (0,29)
Tratamiento x Nivel de resiliencia	0,13 (0,17)	0,26 (0,18)	0,30* (0,18)	0,41** (0,18)
Tratamiento x Nivel de conducta del menor	0,09 (0,20)	-0,24 (0,20)	-0,12 (0,22)	-0,33 (0,21)

Nota: Con el fin de simplificar la tabla, se presentan en las columnas sólo los coeficientes asociados a las interacciones entre tratamiento y cada variable de control, para todas las regresiones realizadas identificadas mediante una línea de separación. \*\*\*=,01, \*\*=,05, \*=,1. Se han utilizado errores estándar robustos.

## 5 Resultados de la evaluación

### 5.1 Descripción del análisis econométrico: regresiones estimadas

El modelo adecuado para estimar el efecto causal de un experimento aleatorizado suele ser la diferencia en la variable de interés entre el grupo de tratamiento y el grupo de control. Esto se debe a que estos grupos son estadísticamente comparables gracias a la aleatorización. Dados los equilibrios mostrados en las tablas de contraste (**Figura 6**), el análisis presenta regresiones donde se incluye la variable de tratamiento (o ambos tratamientos, en su caso) y, por otro lado, regresiones en los que se

incluye el valor en la línea de base de la variable dependiente. No se incluyen, por tanto, variables adicionales de control<sup>27</sup>.

En concreto, la especificación principal de las regresiones es la siguiente<sup>28</sup>:

$$y_{i(post)} = \beta_0 + \beta_1 T_{1i} + \beta_2 T_{2i} + \beta_3 y_{i(pre)} + \epsilon_i$$

Donde  $y_{i(post)}$  es la variable dependiente de interés observada después de terminar la intervención para la familia  $i$ ;  $T_{1i}$  indica si la familia  $i$  ha sido asignada al grupo de tratamiento 1;  $T_{2i}$  indica si la familia  $i$  ha sido asignada al grupo de tratamiento 2;  $y_{i(pre)}$  es el valor de la variable de interés capturada durante la línea de base; y  $\epsilon_i$  es el término de error.

Para aquellos indicadores en los que sólo se espera impacto para el grupo de tratamiento 2, la estimación solo incluye la variable dicotómica que indica si la familia ha sido asignada a este grupo de tratamiento, no la correspondiente al tratamiento 1. Las observaciones del grupo de tratamiento 1 no están incluidas en este análisis. Por tanto, los resultados se interpretarán para el grupo de tratamiento 2 frente al grupo de control.

## 5.2 Análisis de los resultados

### 5.2.1 Resultados principales y secundarios

En esta sección se presentan los resultados del análisis del contraste de las hipótesis presentadas anteriormente, siguiendo la estructura del esquema de evaluación. Como se ha señalado, para cada variable se presentan dos especificaciones: (i) sin la variable de interés en la línea de base, (ii) con la variable de interés en la línea de base.

#### Reducción del estrés parental

En la **Tabla 10** se presenta el análisis de los indicadores principales y secundarios que buscan medir la reducción del estrés parental. La especificación sin datos de la línea de base (columnas 1 y 3) no muestra ningún efecto significativo, resultados que se mantienen tras añadir este dato (columnas 2 y 4). Si bien se obtiene una reducción de 0,02 puntos en el nivel de precariedad económica en ambas especificaciones, y aunque el signo va en contra de lo especificado en las hipótesis, como se ha señalado, esta estimación no es significativa. Además, no se observan diferencias entre ambos tratamientos en la reducción del estrés parental (el p-valor del test de diferencia del efecto entre ambos tratamientos se presenta en la última fila de la tabla).

**Tabla 10: Efectos sobre los indicadores de estrés parental**

<sup>27</sup> Como especificación adicional, se han obtenido los resultados incorporando las variables de características (tipo de hogar, zona de residencia, antigüedad en servicios sociales, riesgo psicosocial) como controles en todas las regresiones. El análisis de los mismos coincide con lo obtenido sin controles para todos los indicadores, por lo que no se incluyen en el informe al no aportar información adicional.

<sup>28</sup> La especificación es equivalente para los resultados obtenidos en POST2.

	Nivel de estrés		Nivel de precariedad económica	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento 1	0,00 (0,01)	0,00 (0,01)	-0,02 (0,02)	-0,02 (0,02)
Tratamiento 2	0,00 (0,01)	-0,00 (0,01)	-0,02 (0,02)	-0,02 (0,02)
Observaciones	707	707	528	528
R <sup>2</sup>	0,00	0,31	0,00	0,09
Media del grupo de control en PRE	0,30	0,30	0,59	0,59
p-valor diferencia T1-T2	0,81	0,68	0,97	1,00
Var. Dep. Pre	No	Sí	No	Sí

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se han utilizado errores estándar robustos. Niveles de significancia: \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01.

### Mejora de la conciliación entre la vida laboral y familiar

En la **Tabla 11** presenta el análisis de los indicadores principales y secundarios que buscan medir la mejora de la conciliación entre la vida laboral y familiar. La especificación sin datos de la línea de base muestra una reducción, significativa al 10%, de 0,03 puntos en el nivel de cohesión y adaptabilidad para el tratamiento 2 (columna 3) lo que va, en principio, en contra de la hipótesis de partida. Sin embargo, este impacto pierde la significatividad mencionada tras añadir la variable medida en la línea de base (columna 4). En este caso, tampoco se observan diferencias entre ambos tratamientos.

**Tabla 11: Efectos sobre los indicadores de conciliación entre la vida laboral y familiar**

	Nivel de conflicto en la conciliación familia-trabajo		Nivel de cohesión y adaptabilidad	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento 1	-0,01 (0,02)	-0,02 (0,02)	-0,01 (0,02)	-0,00 (0,01)
Tratamiento 2	0,01 (0,02)	0,01 (0,02)	-0,03* (0,02)	-0,02 (0,01)
Observaciones	471	471	528	528
R <sup>2</sup>	0,00	0,02	0,01	0,23
Media del grupo de control en PRE	0,52	0,52	0,78	0,78
p-valor diferencia T1-T2	0,34	0,21	0,18	0,40
Var. Dep. Pre	No	Sí	No	Sí

Errores estándar en paréntesis. Se han utilizado errores estándar robustos. Niveles de significancia: \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01.

### Incremento de las redes sociales de apoyo a la familia y su calidad

La **Tabla 42** muestra el análisis del indicador de calidad de la red social autopercibida, utilizado para contrastar la hipótesis principal relacionada con las redes sociales de apoyo a la familia y su calidad.



Ambas especificaciones (sin y con datos de la línea de base) muestran un efecto nulo del tratamiento 2 frente al grupo de control sobre este indicador.

**Tabla 42: Efectos sobre la calidad de la red social percibida**

	(1)	(2)
Tratamiento 2	-0,00 (0,03)	0,00 (0,02)
Observaciones	423	423
R <sup>2</sup>	0,00	0,31
Media del grupo de control en PRE	0,53	0,53
Var. Dep. Pre	No	Sí

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se han utilizado errores estándar robustos. Niveles de significancia: \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01. Fuente: elaboración propia.

Por su parte, en la **Tabla 53** se presenta el análisis de los indicadores secundarios en este ámbito. La especificación sin datos de la línea de base (columna 3) muestra un aumento de 0,25 puntos, lo que supone una mejora significativa al 1% del 6,8% en la valoración de los apoyos informales para el tratamiento 2, que pasa al 6,4% al añadir los datos de la línea de base (columna 4), con un nivel de significatividad del 5%. Por otra parte, se estima un aumento significativo al 5% de 0,23 puntos en la valoración de los apoyos formales, que supone una mejora del 6,6%, que pierde la significatividad al incluir los datos de la línea de base (columna 8).

**Tabla 53: Efectos sobre el nivel de búsqueda de apoyos**

	Número de apoyos informales		Valoración de los apoyos informales		Número de apoyos formales		Valoración de los apoyos formales		Motivos para no pedir ayuda	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Tratamiento 2	0,38 (0,36)	0,41 (0,32)	0,25*** (0,09)	0,24** (0,09)	0,21 (0,22)	0,20 (0,20)	0,23** (0,11)	0,18 (0,11)	0,23 (0,26)	0,27 (0,25)
Observaciones	423	423	335	298	423	423	305	263	423	423
R <sup>2</sup>	0,00	0,23	0,02	0,09	0,00	0,20	0,01	0,11	0,00	0,08
Media del grupo de control en PRE	3,63	3,63	3,69	3,75	2,09	2,09	3,47	3,48	2,53	2,53
Var. Dep. Pre	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se han utilizado errores estándar robustos. Niveles de significancia: \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01.

### Mejora de la calidad de las actitudes y prácticas de cuidado y educación de los hijos y mejora del sentido de competencia como padres

En la **Tabla 64** se presenta el análisis de los indicadores principales que buscan medir la mejora de calidad de las actitudes y prácticas de cuidado y educación de los hijos y la mejora del sentido de competencia como padres. La especificación sin datos de la línea de base muestra una mejora no significativa, de 0,01 puntos frente al grupo de control, que supone una mejora del 1,5%, en la calidad de las actitudes parentales para el tratamiento 2 (columna 1), que pasa a ser significativa al 10% tras añadir la variable medida en la línea de base (columna 2). No se encuentran efectos significativos en el nivel de competencia parental.

**Tabla 64: Efectos sobre los indicadores de calidad de las actitudes y prácticas de cuidado y educación de los hijos y sentido de competencia como padres**

	Calidad de las actitudes parentales		Nivel de competencia parental	
	(1)	(2)	(3)	(4)
Tratamiento 2	0,01 (0,01)	0,01* (0,01)	-0,02 (0,01)	-0,01 (0,01)
Observaciones	423	423	423	423
R <sup>2</sup>	0,00	0,33	0,01	0,36
Media del grupo de control en PRE	0,66	0,66	0,61	0,61
Var. Dep. Pre	No	Sí	No	Sí

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se han utilizado errores estándar robustos. Niveles de significancia: \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01.

### Mejora de la resiliencia ante las adversidades y autonomía en la toma de decisiones

La **Tabla 75** muestra el análisis del indicador de nivel de resiliencia, utilizado para contrastar la hipótesis principal en este ámbito. Ambas especificaciones (sin y con datos de la línea de base) muestran un efecto nulo del tratamiento 2 sobre este indicador.

**Tabla 75: Efectos sobre el nivel de resiliencia**

	(1)	(2)
Tratamiento 2	0,00 (0,02)	0,02 (0,02)
Observaciones	334	334
R <sup>2</sup>	0,00	0,10
Media del grupo de control en PRE	0,77	0,77
Var. Dep. Pre	No	Sí

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se han utilizado errores estándar robustos. Niveles de significancia: \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01.

### Mejora del comportamiento del menor

Finalmente, en la **Tabla 86** se presenta el análisis del indicador principal, que busca medir la mejora del comportamiento del menor. Ambas especificaciones (sin y con datos de la línea de base) muestran un efecto nulo de ambos tratamientos sobre este indicador frente al grupo de control. Tampoco se observa diferencia estadísticamente significativa entre ambos tratamientos (el p-valor del test de diferencia entre ambos tratamientos es de 0,26 sin los datos de la línea de base y de 0,59 con ellos, en ambos casos, superior a 0,10).

**Tabla 86: Efectos sobre el nivel de conducta del menor**

	(1)	(2)
Tratamiento 1	-0,01 (0,01)	-0,00 (0,01)
Tratamiento 2	0,01 (0,02)	0,00 (0,01)
Observaciones	707	707
R <sup>2</sup>	0,00	0,25
Media del grupo de control en PRE	0,30	0,30
p-valor diferencia T1-T2	0,26	0,59
Var. Dep. Pre	No	Sí

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se han utilizado errores estándar robustos. Niveles de significancia: \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01.

### 5.2.2 Análisis de heterogeneidad

En esta sección se presentan los análisis de heterogeneidad de los efectos del tratamiento en función de la tipología de hogar (monoparental o no) para el tratamiento 2 frente al grupo de control. Para ello, se estiman regresiones similares a las de la sección anterior, añadiendo la interacción entre la tipología de hogar y la variable de tratamiento. En las siguientes tablas, las columnas impares muestran los resultados de las regresiones sin controles, mientras que las columnas pares muestran los resultados de las regresiones que incluyen como control el valor de cada uno de los respectivos indicadores en la línea de base.

La **Tabla 17** muestra los resultados para los indicadores de estrés parental y conciliación entre la vida laboral y familiar. El coeficiente de interés es el que corresponde a la interacción entre el tratamiento y la variable binaria que indica que el hogar es monoparental. En ninguno de los casos el coeficiente es significativamente distinto de cero. Por lo tanto, se concluye que no existen efectos heterogéneos por tipo de hogar.

**Tabla 17: Efectos heterogéneos por tipo de hogar (1)**

Nivel de Estrés	Nivel de precariedad económica	Nivel de conflicto en la conciliación familia-trabajo	Nivel de cohesión y adaptabilidad
-----------------	--------------------------------	---	-----------------------------------

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Tratamiento 2	-0,00	0,00	-0,02	-0,01	0,03	0,03	-0,01	0,00
	(0,02)	(0,02)	(0,03)	(0,03)	(0,03)	(0,03)	(0,02)	(0,02)
Hogar monoparental	-0,02	0,01	-0,01	0,00	0,03	0,02	0,06***	0,04**
	(0,02)	(0,01)	(0,03)	(0,03)	(0,03)	(0,03)	(0,02)	(0,02)
Tratamiento 2 x Hogar monoparental	0,01	-0,02	-0,01	-0,02	-0,04	-0,02	-0,05	-0,04
	(0,03)	(0,02)	(0,04)	(0,04)	(0,05)	(0,05)	(0,03)	(0,03)
Observaciones	423	423	334	334	305	305	334	334
R <sup>2</sup>	0,00	0,34	0,00	0,12	0,00	0,03	0,03	0,23
Media del grupo de control en PRE	0,30	0,30	0,59	0,59	0,52	0,52	0,78	0,78
Var. Dep. Pre	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se han utilizado errores estándar robustos. Niveles de significancia: \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01.

La **Tabla 18** muestra los resultados para los indicadores de comportamiento del menor, calidad de las actitudes y prácticas de cuidado y educación de los hijos y mejora del sentido de competencia como padres y resiliencia. De nuevo, no existen efectos heterogéneos significativos por tipo de hogar para estos indicadores.

**Tabla 18: Efectos heterogéneos por tipo de hogar (2)**

	Nivel de mejora del menor		Calidad de las actitudes parentales		Nivel de competencia parental		Nivel de resiliencia	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Tratamiento 2	0,01	0,01	0,01	0,01	-0,01	-0,02	0,01	0,02
	(0,02)	(0,02)	(0,01)	(0,01)	(0,02)	(0,01)	(0,02)	(0,02)
Hogar monoparental	0,01	0,03	-0,00	-0,01	0,01	-0,01	0,02	0,01
	(0,02)	(0,02)	(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,03)	(0,02)
Tratamiento 2 x Hogar monoparental	0,01	-0,02	0,01	0,01	-0,02	0,01	-0,02	-0,02
	(0,03)	(0,03)	(0,02)	(0,01)	(0,02)	(0,02)	(0,04)	(0,03)
Observaciones	423	423	423	423	423	423	334	334
R <sup>2</sup>	0,00	0,27	0,00	0,33	0,01	0,36	0,00	0,10
Media del grupo de control en PRE	0,30	0,30	0,66	0,66	0,61	0,61	0,77	0,77
Var. Dep. Pre	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se han utilizado errores estándar robustos. Niveles de significancia: \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01.

La **Tabla 19** muestra los resultados para parte de los indicadores relativos a redes sociales de apoyo a la familia y su calidad: en particular, la calidad de la red social percibida y el nivel de búsqueda de

apoyos (número y valoración de apoyos informales). De nuevo, no existen efectos heterogéneos por tipo de hogar para estos indicadores.

**Tabla 19: Efectos heterogéneos por tipo de hogar (3)**

	Calidad de la red social percibida		Nivel de búsqueda de apoyos (número de apoyos informales)		Nivel de búsqueda de apoyos (valoración de los apoyos informales)	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento 2	0,01 (0,03)	0,01 (0,03)	0,74* (0,41)	0,77** (0,38)	0,24* (0,13)	0,18 (0,13)
Hogar monoparental	0,15*** (0,03)	0,08*** (0,03)	1,68*** (0,44)	1,06*** (0,40)	0,23* (0,13)	0,12 (0,13)
Tratamiento 2 x Hogar monoparental	-0,03 (0,05)	-0,01 (0,04)	-0,85 (0,75)	-0,87 (0,66)	0,07 (0,18)	0,16 (0,18)
Observaciones	423	423	423	423	335	298
R <sup>2</sup>	0,07	0,33	0,04	0,24	0,04	0,11
Media del grupo de control en PRE	0,53	0,53	3,63	3,63	3,69	3,75
Var. Dep. Pre	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se han utilizado errores estándar robustos. Niveles de significancia: \*p<0,1, \*\*p<0,05 y \*\*\*p<0,01.

Finalmente, la **Tabla 20** muestra los resultados para el resto de los indicadores relativos a redes sociales de apoyo a la familia y su calidad: en particular, el nivel de búsqueda de apoyos (número y valoración de apoyos formales) y los motivos para no pedir ayuda. En este caso, se observa un impacto negativo significativo del tratamiento en hogares monoparentales.

**Tabla 20: Efectos heterogéneos por tipo de hogar (4)**

	Nivel de búsqueda de apoyos (número de apoyos formales)		Nivel de búsqueda de apoyos (valoración de los apoyos formales)		Nivel de búsqueda de apoyos (motivos para no pedir ayuda)	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tratamiento 2	0,23 (0,28)	0,29 (0,25)	0,41*** (0,14)	0,28* (0,15)	0,44 (0,35)	0,52 (0,34)
Hogar monoparental	-0,09 (0,27)	0,07 (0,24)	0,26* (0,14)	0,23 (0,14)	-0,03 (0,33)	0,13 (0,31)
Tratamiento 2 x Hogar monoparental	-0,06 (0,45)	-0,23 (0,40)	-0,47** (0,22)	-0,28 (0,23)	-0,50 (0,53)	-0,60 (0,51)
Observaciones	423	423	305	263	423	423
R <sup>2</sup>	0,00	0,20	0,03	0,12	0,01	0,08

Media del grupo de control en PRE	2,09	2,09	3,47	3,48	2,53	2,53
Var. Dep. Pre	No	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota: Errores estándar en paréntesis. Se han utilizado errores estándar robustos. Niveles de significancia: \* $p < 0,1$ , \*\* $p < 0,05$  y \*\*\* $p < 0,01$ .

## 6 Conclusiones de la evaluación

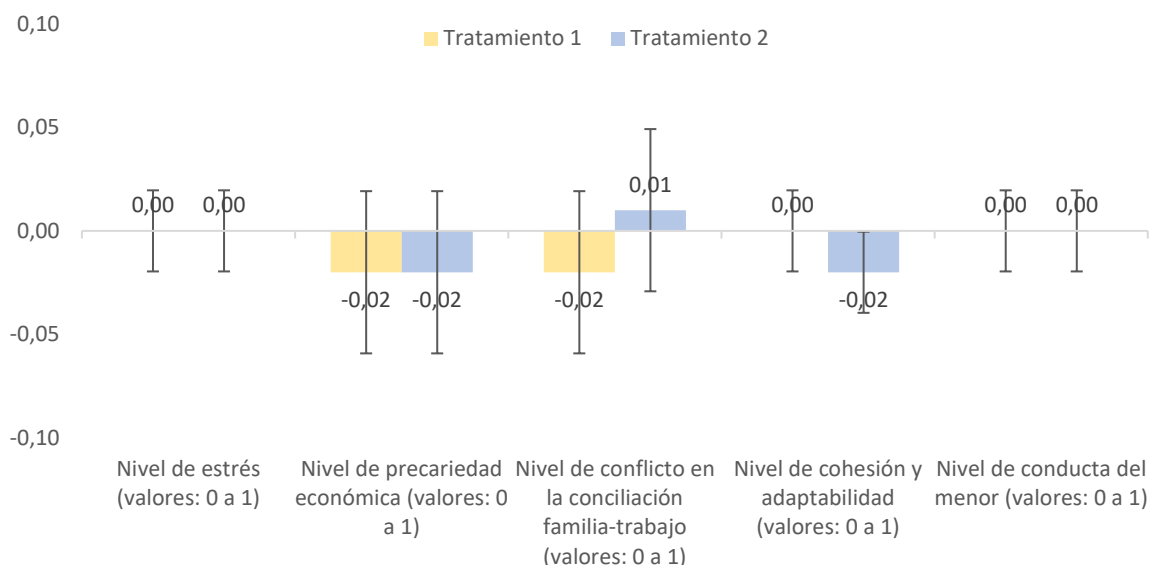
El objetivo de este estudio ha sido obtener evidencia causal sobre el efecto en el desarrollo y el fortalecimiento de las competencias emocionales, educativas y parentales, la conciliación de la vida laboral y familiar y la empleabilidad de las familias beneficiarias de sendos proyectos innovadores (el “Programa Respira”, consistente en un conjunto de horas de descargo familiar, y el “Programa Psicoeducativo ‘Crecer felices en Familia II’”, con actividades de apoyo socioemocional y estrategias de parentalidad positiva para la crianza), que persiguen experimentar la eficacia de herramientas específicas para promover la recuperación de la autonomía de los hogares más vulnerables del municipio de Madrid en los que viven niños y niñas, frente a una intervención base destinada a mejorar la empleabilidad de las familias participantes (el “Programa Sociolaboral”) que sigue el cauce más convencional en las políticas que persiguen recuperar la autonomía de la población más vulnerable por falta de ingresos mediante el esquema formación-incremento de las competencias-empleabilidad/ocupación.

Uno de los tratamientos experimentales estudiados (el “Programa Psicoeducativo ‘Crecer felices en Familia II’”, tratamiento 2) tiene un impacto significativo y de signo positivo respecto al grupo de control en los indicadores de nivel de búsqueda de apoyos (valoración de los apoyos informales) y de calidad de las actitudes parentales. También tiene un impacto significativo y de signo positivo en la valoración de apoyos formales, aunque únicamente en la especificación que no controla por el valor de la variable en la línea de base.

En los otros indicadores de nivel de búsqueda de apoyos, aunque los resultados no son estadísticamente significativos, también se aprecian coeficientes positivos para el tratamiento 2 frente al grupo de control. En el resto de los indicadores no se aprecian diferencias entre grupos, ni entre los que reciben los distintos tratamientos, ni al comparar estos con el grupo de control.

La **Figura 7** muestra el efecto de la intervención en aquellos indicadores de resultados que se han analizado para ambos tratamientos. Como se observa, todos los indicadores muestran un efecto no significativo como para poder afirmar un impacto causal de la intervención.

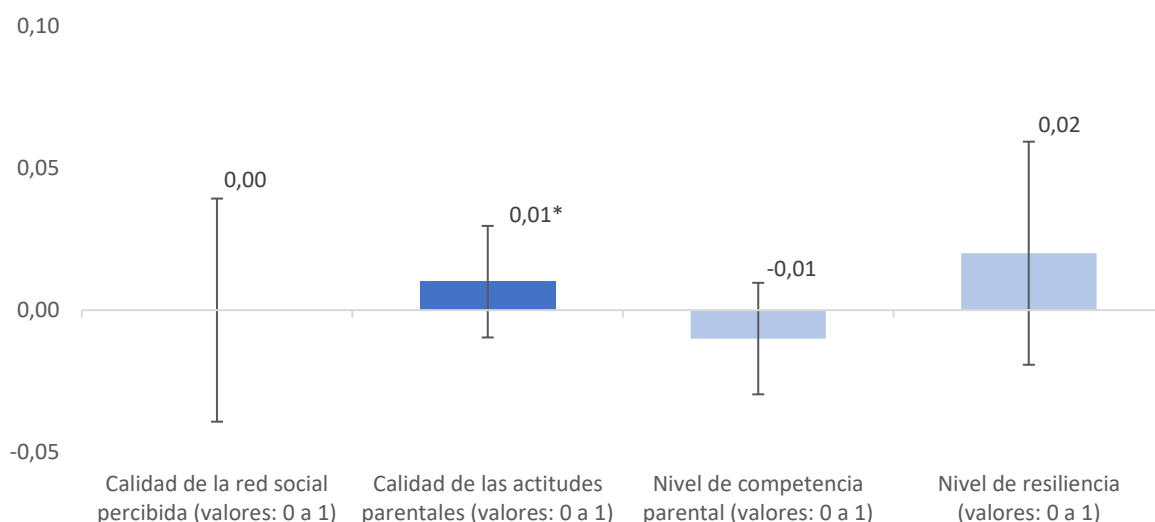
**Figura 7: Efecto de la intervención en indicadores de resultados (ambos tratamientos)**



Nota: En color claro se presentan los indicadores cuyo efecto del tratamiento no es significativo. Los efectos incluidos en los gráficos hacen referencia a las regresiones controlando por el valor de la variable en la línea de base.

La **Figura 8** muestra el efecto de la intervención en los indicadores de resultados que buscan validar las hipótesis principales medidas para el tratamiento 2. Como se ha señalado, el efecto sobre la calidad de las actitudes parentales es positivo y estadísticamente significativo al 10%, con un impacto de 0,01 puntos.

**Figura 8: Efecto de la intervención en indicadores principales de resultados (tratamiento 2)**



Nota: En color oscuro se presentan los indicadores cuyo efecto del tratamiento es significativo al 10%; y en color claro aquellos cuyo efecto del tratamiento no es significativo. Los efectos incluidos en los gráficos hacen referencia a las regresiones controlando por el valor de la variable en la línea de base.

## Bibliografía

- Alguacil Gómez, J. (2012). La Quiebra Del Incompleto Sistema de Servicios Sociales En España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25 (1). [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2012.v25.n1.38434](http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2012.v25.n1.38434)
- Altmann, S., A. Falk, S. Jäger, and F. Zimmermann. 2018. Learning about Job Search: A Field Experiment with Job Seekers in Germany. *Journal of Public Economics*, 164, 33–49. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2018.05.003>
- Alvarez, M., Byrne, S. y Rodrigo, MJ. (2021). Social support dimensions predict parental outcomes in a Spanish early intervention program for positive parenting. *Children and Youth Services Review*, 121, 105823. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105823>
- Attanasio, O., Kugler, A., & Meghir, C. (2008). Training disadvantaged youth in Latin America: evidence from a randomized trial (No. w13931). *National Bureau of Economic Research*. [https://www.nber.org/system/files/working\\_papers/w13931/w13931.pdf](https://www.nber.org/system/files/working_papers/w13931/w13931.pdf)
- Card, D., Ibarrran, P., Regalia, F., Rosas, D., & Soares, Y. (2007). The labor market impacts of youth training in the Dominican Republic: Evidence from a randomized evaluation. *Journal of Labor Economics*, 29 (2), 267-300. <https://www.jstor.org/stable/10.1086/658090>
- Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones: Estrategia de la UE sobre los Derechos del Niño [COM(2021) 142 final, 24.3.2021]. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX:52021DC0142>
- Dolan, P., Žegarac, N., & Arsić, J. (2020). Family Support as a right of the child. *Social Work and Social Sciences Review*, 21(2), 8-26. <https://doi.org/10.1921/swssr.v21i2.1417>
- Feely, M., Raissian, K. M., Schneider, W., & Bullinger, L. R. (2020). The social welfare policy landscape and child protective services: Opportunities for and barriers to creating systems synergy. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 692(1), 140-161. <https://doi.org/10.1177/000271622097356>
- Gaylor, E. y Spiker, D. (2012). Home visiting programs and their impact on young children's school readiness. *Encyclopedia of Early Childhood Development*. <http://www.child-encyclopedia.com/pages/PDF/Gaylor-SpikerANGxp2.pdf>
- Guryan, J., J. Ludwig, M. P. Bhatt, P. J. Cook, J. M. V. Davis, K. Dodge, G. Farkas, et al. 2023. Not Too Late: Improving Academic Outcomes among Adolescents. *American Economic Review* 113 (3), 738–65. <https://doi.org/10.1257/aer.20210434>
- Heckman, J. J., y Zhou, J. (2020). The impacts of child-caregiver and caregiver-home visitor interactions on child skill development, University of Chicago.



Ibarraran, P., Ripani, L., Taboada, B., Villa, J. M., & Garcia, B. (2014). Life skills, employability and training for disadvantaged youth: Evidence from a randomized evaluation design. *IZA Journal of Labor & Development*, 3, 1-24. <https://doi.org/10.1186/2193-9020-3-10>

Instituto Nacional de Estadística (2023). Encuesta de Condiciones de Vida. [https://www.ine.es/prensa/ecv\\_prensa.htm](https://www.ine.es/prensa/ecv_prensa.htm)

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://doi.org/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.jstor.org/stable/41238107>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022). Estrategia Estatal de Derechos de la Infancia y la Adolescencia (2023-2030). [https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/Estrategia\\_Estatal\\_Derechos\\_InfanciayAdolescencia.pdf](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/Estrategia_Estatal_Derechos_InfanciayAdolescencia.pdf)

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022). Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030). [https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/docs/PlanAccion\\_MAS.pdf](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/docs/PlanAccion_MAS.pdf)

Negrão, M., Pereira, M., Soares, I., & Mesman, J. (2014). Enhancing positive parent–child interactions and family functioning in a poverty sample: a randomized control trial. *Attachment & human development*, 16(4), 315-328. <https://doi.org/10.1080/14616734.2014.912485>

Noble, K. G., Magnuson, K., Gennetian, L. A., Duncan, G. J., Yoshikawa, H., Fox, N. A., & Halpern-Meekin, S. (2021). Baby’s first years: design of a randomized controlled trial of poverty reduction in the United States. *Pediatrics*, 148(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049702>

Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D. y Muhajarine, N. (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health*, 13 (17). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-17>

Recomendación (UE) 2021/1004 del Consejo, de 14 de junio de 2021, por la que se establece una Garantía Infantil Europea (DO L 223 de 22.6.2021, pp. 14-23). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex:32021H1004>

Recomendación (UE) 2017/761 de la Comisión, de 26 de abril de 2017, sobre el pilar europeo de derechos sociales (DO L 113 de 29.4.2017, pp. 56-61). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:32017H0761>

Resolución del Parlamento Europeo, de 11 de marzo de 2021, sobre los derechos de la infancia a la luz de la Estrategia de la UE sobre los derechos del niño (2021/2523(RSP)). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX:52021IP0090>

Rodrigo, M. J. (2016). Quality of Implementation in Evidence-Based Positive Parenting Programs in Spain: Introduction to the Special Issue. *Psychosocial Intervention*, 25, 63-68. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.02.004>

Rodrigo, M. J., Almeida, A., & Reichle, B. (2016). Evidence-Based Parent Education Programs: A European Perspective. In J. Ponzetti (Ed). *Evidence-based Parenting Education: A Global Perspective*, (pp 85-104). New York: Routledge.

Rodrigo, M.J., Byrne, S., y Álvarez, M. (2017). Interventions to Promote Positive Parenting in Spain. En M. Israelashvili y J. L. Romano (Eds), *Cambridge Handbook of International Prevention Science*. (pp 929-956). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Singla, D. R., E. Kumbakumba, and F. E. Aboud. 2015. Effects of a Parenting Intervention to Address Maternal Psychological Wellbeing and Child Development and Growth in Rural Uganda: A Community-Based, Cluster-Randomised Trial. *The Lancet Global Health*, 3 (8): e458–69. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00099-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00099-6)

Subirats i Humet, J. S., Carmona, R. G., & Torruella, J. B. (2005). Análisis de los factores de exclusión social. Fundación BBVA, 84-87. [https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/exclusion\\_social.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/exclusion_social.pdf)

# Apéndice

## Gestión económica y normativa

### 1. Introducción

En el marco del Plan Nacional 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>29</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>30</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>29</sup> [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>30</sup> [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>31</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 938/2021, de 26 de octubre, 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 **13 de diciembre de 2021**, se notifica a la entidad Ayuntamiento de Madrid, la Resolución de la Secretaría General de Objetivos y Políticas de Inclusión y Previsión Social (SGOPIPS) por la que se concede una subvención por importe de **10.523.291,80 euros** al Ayuntamiento de Madrid y, con fecha **23 de diciembre de 2021**, se suscribe Convenio entre la Administración General de Estado, a través de la SGOPIPS y el Ayuntamiento de Madrid 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 1 de febrero de 2022 (BOE núm.27)<sup>32</sup>.

## 2. Marco temporal de la intervención;

El apartado 1 del artículo 16 del Real Decreto 938/2021, de 26 de octubre 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 junio 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.

No obstante, de acuerdo con el apartado 2 de la disposición final primera del Real Decreto 378/2022, de 17 de mayo, se da nueva redacción al apartado 4 del artículo 6 y al apartado 1 del artículo 16, para ampliar el plazo máximo de los proyectos piloto de itinerarios de inclusión social objeto de las

---

<sup>31</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>32</sup> [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-1640](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-1640)

subvenciones hasta el **31 de octubre de 2023**, manteniéndose el plazo de **31 de marzo de 2024** para su evaluación.

Con fecha 31/10/2022 el Ayuntamiento de Madrid solicita ampliación del plazo de ejecución hasta el **31 de octubre de 2023**, autorizándose mediante resolución de la SGOPIPS de fecha 14 de noviembre de 2022.

Dentro de este marco temporal genérico, la ejecución comienza el **1 de septiembre de 2022**, con el inicio del itinerario de intervención, continuando las tareas propias de ejecución hasta el **31 de octubre de 2023**, y posteriormente desarrollándose solo 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:

- El **Ayuntamiento de Madrid**, entidad beneficiaria y coordinadora del proyecto, que ejecuta el proyecto a través del Área de Gobierno de Políticas Sociales, Familia e Igualdad y de la Agencia para el Empleo.
- 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.
- **EULEN Servicios Sociosanitarios S.A.**, subcontratada para la gestión del servicio de conciliación y de apoyo a familias con menores.
- Las **Universidades de La Laguna y Las Palmas de Gran Canaria**, contratadas para la adaptación y formación en la aplicación del programa de parentalidad positiva “Crecer Felices en Familia” y para la medición de su impacto.
- **CEMFI y J-PAL Europa**, como instituciones científicas y académicas que apoyan al MISSM en el diseño y evaluación RCT del proyecto.

Tabla de asignación aleatoria completa<sup>33</sup>

Tipo de Hogar	Antigüedad en Servicios Sociales	Zona de residencia	Riesgo psicosocial	Grupo Control	Tratamiento 1	Tratamiento 2	Total
Monoparental	<2018	Norte	Alto	21	24	20	65
			Medio	5	5	5	15
			Bajo	4	3	3	10
		Sur	Alto	51	45	47	143
			Medio	12	10	11	33
			Bajo	5	4	5	14
	2018 y más	Norte	Alto	30	31	28	89
			Medio	10	10	8	28
			Bajo	3	4	3	10
		Sur	Alto	71	64	69	204
			Medio	14	14	14	42
			Bajo	4	3	3	10
No Monoparental	<2018	Norte	Alto	20	22	19	61
			Medio	3	5	4	12
			Bajo	5	5	5	15
		Sur	Alto	59	53	57	169
			Medio	17	16	17	50
			Bajo	13	11	11	35
	2018 y más	Norte	Alto	36	40	34	110
			Medio	6	7	7	20
			Bajo	11	10	9	30
		Sur	Alto	88	82	87	257
			Medio	19	17	18	54
			Bajo	18	15	16	49
<b>Total</b>				<b>525</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>1.525</b>

<sup>33</sup> La asignación se hizo considerando T1 como el programa psicoeducativo y T2 como el programa de horas de descarga. Sin embargo, finalmente se utilizaron de manera inversa. Dado que la asignación era aleatoria y el cambio se produjo al inicio de la intervención, no se estima que afecte al diseño previsto del experimento.

## Equilibrio entre los grupos experimentales

La siguiente tabla reporta los contrastes de equilibrio entre los grupos experimentales. Todos los datos reflejados en esta tabla se refieren a la encuesta realizada antes de la intervención. 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%.

**Tabla 21: Contrastes de equilibrio entre grupos experimentales**

Variable	(1)		(2)		(3)		Test F de equilibrio entre grupos Estad. F/p-valor	(1)-(2)		(1)-(3)		(2)-(3)		
	N	GC Media/ (Var)	N	T1 Media/ (Var)	N	T2 Media/ (Var)		N	Test t p-valor	N	Test t p-valor	N	Test t p-valor	
Zona norte	525	0,29 (0,21)	500	0,33 (0,22)	500	0,29 (0,21)	1525	1,29 0,27	1025	0,18	1025	0,91	1000	0,15
Zona sur	525	0,71 (0,21)	500	0,67 (0,22)	500	0,71 (0,21)	1525	1,29 0,27	1025	0,18	1025	0,91	1000	0,15
Tipo de hogar – monoparental	525	0,44 (0,25)	500	0,43 (0,25)	500	0,43 (0,25)	1525	0,02 0,98	1025	0,89	1025	0,84	1000	0,95
Tipo de hogar - no monoparental	525	0,56 (0,25)	500	0,57 (0,25)	500	0,57 (0,25)	1525	0,02 0,98	1025	0,89	1025	0,84	1000	0,95
Tipo de hogar - monoparental cuést.	525	0,47 (0,25)	500	0,46 (0,25)	500	0,42 (0,24)	1525	1,23 0,29	1025	0,73	1025	0,13	1000	0,25
Tipo de hogar - no monoparental cuést.	525	0,53 (0,25)	500	0,54 (0,25)	500	0,58 (0,24)	1525	1,23 0,29	1025	0,73	1025	0,13	1000	0,25
Antigüedad en Servicios Sociales (antes de 2018)	525	0,41 (0,24)	500	0,41 (0,24)	500	0,41 (0,24)	1525	0,01 0,99	1025	0,91	1025	0,96	1000	0,95
Antigüedad en Servicios Sociales (2018 y después)	525	0,59 (0,24)	500	0,59 (0,24)	500	0,59 (0,24)	1525	0,01 0,99	1025	0,91	1025	0,96	1000	0,95
Riesgo psicosocial bajo	525	0,72 (0,20)	500	0,72 (0,20)	500	0,72 (0,20)	1525	0,03 0,97	1025	0,84	1025	0,84	1000	1,00
Riesgo psicosocial medio	525	0,16 (0,14)	500	0,17 (0,14)	500	0,17 (0,14)	1525	0,02 0,98	1025	0,86	1025	0,86	1000	1,00
Riesgo psicosocial alto	525	0,12 (0,11)	500	0,11 (0,10)	500	0,11 (0,10)	1525	0,17 0,84	1025	0,62	1025	0,62	1000	1,00
Número de hijos	399	2,10	385	2,13	387	2,12	1171	0,09	784	0,68	786	0,78	772	0,91

Variable	(1)		(2)		(3)		Test F de equilibrio entre grupos	(1)-(2)		(1)-(3)		(2)-(3)		
	N	GC Media/ (Var)	N	T1 Media/ (Var)	N	T2 Media/ (Var)		N	Test t p-valor	N	Test t p-valor	N	Test t p-valor	
		(1,08)		(0,91)		(1,13)								
Nivel de estrés	400	0,32	386	0,32	387	0,32	1173	0,05	786	0,91	787	0,84	773	0,75
		(0,02)		(0,02)		(0,02)								
Nivel de precariedad económica	400	0,58	386	0,59	387	0,59	1173	0,88	786	0,20	787	0,34	773	0,75
		(0,04)		(0,04)		(0,04)								
Nivel de conflicto en la conciliación familia-trabajo	354	0,47	330	0,47	342	0,46	1026	0,38	684	0,88	696	0,40	672	0,52
		(0,05)		(0,06)		(0,05)								
Nivel de cohesión y adaptabilidad	400	0,73	386	0,74	387	0,74	1173	0,53	786	0,36	787	0,39	773	0,93
		(0,03)		(0,03)		(0,03)								
Calidad de la red social percibida	400	0,50	386	0,50	387	0,51	1173	0,10	786	0,95	787	0,67	773	0,73
		(0,07)		(0,07)		(0,07)								
Nivel de búsqueda de apoyos (número de apoyos informales)	400	3,51	386	3,29	387	3,49	1173	0,61	786	0,32	787	0,91	773	0,36
		(10,70)		(8,96)		(9,04)								
Nivel de búsqueda de apoyos (valoración de los apoyos informales)	326	3,76	317	3,80	332	3,78	975	0,24	643	0,49	658	0,76	649	0,68
		(0,76)		(0,63)		(0,66)								
Nivel de búsqueda de apoyos (número de apoyos formales)	400	2,33	386	2,22	387	2,31	1173	0,29	786	0,48	787	0,88	773	0,56
		(5,67)		(5,28)		(4,30)								
Nivel de búsqueda de apoyos (valoración de los apoyos formales)	298	3,40	283	3,38	298	3,45	879	0,46	581	0,80	596	0,50	581	0,35
		(0,88)		(0,84)		(0,80)								
Nivel de búsqueda de apoyos (motivos para no pedir ayuda)	400	2,98	386	2,88	387	2,98	1173	0,19	786	0,61	787	0,97	773	0,59
		(6,13)		(7,19)		(6,68)								
Calidad de las actitudes parentales	400	0,60	386	0,60	387	0,60	1173	0,41	786	0,62	787	0,67	773	0,38
		(0,01)		(0,01)		(0,01)								
Nivel de competencia parental	400	0,59	386	0,60	387	0,58	1173	1,12	786	0,31	787	0,64	773	0,14
		(0,01)		(0,01)		(0,01)								
Nivel de resiliencia	400	0,73	386	0,72	387	0,72	1173	0,43	786	0,70	787	0,35	773	0,60
		(0,04)		(0,04)		(0,04)								
Nivel de mejora del menor	400	0,31	386	0,30	387	0,30	1173	0,54	786	0,31	787	0,45	773	0,83
		(0,03)		(0,03)		(0,03)								